

**UNTERSUCHUNGEN ZUR
KLASSISCHEN UND KOMPLEXEN PTBS
UND ZUR BEDEUTUNG
SOZIAL-INTERPERSONELLER FAKTOREN**

Abhandlung (kumulative Dissertation)
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Sandy Krammer

Angenommen im Herbstsemester 2012
auf Antrag der Promotionskommission:
Prof. Dr. Dr. A. Maercker (Hauptverantwortliche Betreuungsperson)
Prof. Dr. M. Martin
PD Dr. P. Klaver

Bern, 2013

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	05
Abstract	07
Danksagung	09
1. Einführung und Ziele	11
2. Potentiell traumatische Ereignisse in der Kindheit	15
1. Begriffliches	15
2. Langfristige Konsequenzen	16
3. Erklärungsansätze	18
3. Klassische und Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	20
1. Hintergrund: Klassische und Komplexe PTBS	20
2. Methodik: das Trauma Symptom Inventory	24
4. Erklärungsmodelle der Posttraumatischen Belastungsstörung	25
1. Multifaktorielles Rahmenmodell der PTBS	25
2. Das sozio-interpersonelle Kontext-Modell	28
5. Ressourcen	31
1. Hintergrund und Effekte	31
2. Sozial-Interpersonelle Faktoren	33
i. Erlebte Wertschätzung	34
ii. Dysfunktionaler Disclosure	34
iii. Generelle soziale Unterstützung	36
iv. Vergebung	38
v. Einsamkeit	40
6. Ergebnisse aus diesem Dissertationsprojekt	41
1. Publikation 1: Sozial-interpersonelle Faktoren als Prädiktoren	

von PTB-Symptomgruppen bei ehemals politisch Inhaftierten	42
2. Publikation 2: In Richtung „Komplexe PTBS“: die deutsche Version des Trauma Symptom Inventory (TSI) zur Erfassung komplexer Traumafolgen	44
3. Publikation 3: Childhood trauma and complex PTSD in later life: the role of social-interpersonal factors	47
7. Diskussion	50
1. Lebensspanneneffekt?	51
2. Traumaspezifische Folgestörung?	58
3. Trauma Symptom Inventory (TSI) zur Erfassung komplexer PTB- Symptomatik?	60
4. Sozial-interpersonelle Faktoren relevant für klassische sowie komplexe PTBS?	63
5. Einordnung der untersuchten sozial-interpersonellen Faktoren in das sozio-interpersonelle Kontext-Modell von Maercker und Horn	66
6. Einschränkungen	6
7. Resümee	73
8. Ausblick	74
9. Literaturverzeichnis	77
10. Anhang	99
1. Publikation 1	99
2. Publikation 2	130
3. Publikation 3	162
11. Lebenslauf	186

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Synopsis:

Abbildung 1	Rahmenmodell zur Ätiologie von PTBS (Maercker, 1998)	27
Abbildung 2	Das sozio-interpersonelle Kontext-Modell (Maercker & Horn, 2012)	30
Abbildung 3	Einbettung der Dissertationsergebnisse in das sozio-interpersonelle Kontext-Modell	68

Publikation 1:

Abbildung 1	Grafische Darstellung von drei voneinander unabhängigen Pfadanalysen für: a. Intrusion, b. Vermeidungsverhalten und c. Hyperreaktivität	115
Tabelle 1	Charakteristika der Stichprobe nach Geschlecht (N = 86)	107
Tabelle 2	Charakteristika der Stichprobe hinsichtlich der PTB-Symptom-Gruppen, dysfunktionellem Disclosure, erlebter Wertschätzung, sozialer Unterstützung, sowie Vergebungstendenz und -einstellung	112
Tabelle 3	Korrelationen (N = 86)	113
Tabelle 4	Standardisierte indirekte Effekte	117

Publikation 2:

Abbildung 1	Konfirmatorische Faktorenanalyse des TSI anhand seiner Subskalen zur Überprüfung des theoretischen 3-Faktoren-Modells des TSI nach Briere	145
Abbildung 2	Konfirmatorische Faktorenanalyse des TSI anhand seiner Subskalen zur Überprüfung des theoretischen 3-Faktoren-Modells des TSI nach Gambetti et al	146

Tabelle 1	Skalen des Trauma Symptom Inventory (TSI)	134
Tabelle 2	Interne Konsistenz, Trennschärfen, Schwierigkeiten, klinische Schwellenwerte und Verteilungsparameter TSI	143
Tabelle 3	Supplementary File 1: Verteilungsparameter von CTQ, SSS, GDS, MINI und SF12	158
Tabelle 4	Supplementary File 2: Charakteristika der Stichprobe	159
Tabelle 5	Supplementary File 3: Korrelationen erster Ordnung (Pearson) zwischen dem Trauma Symptom Inventory (TSI) und anderen Variablen	160
Publikation 3:		
Abbildung 1	Graphic representation of the multiple mediation model, whereby childhood traumatic events predict complex PTSD via five social-interpersonal factors	172
Tabelle 1	Summary of regression analyses for SAQ and DTQ mediating the relationship between CTQ and TSI	173

ABSTRACT

Führen früh erfahrene, multiple und mitunter anhaltende traumatische Ereignisse über die Lebensspanne hinweg zu negativen Konsequenzen? Lassen sich traumatisierende Erfahrungen in Typ-1- und Typ-2-Traumatisierung einteilen, welche jeweils spezifisch zu unterschiedlichen maladaptiven Outcomes führen? Stellt das Störungskonzept der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung eine sinnvolle Ergänzung bisheriger Störungskataloge dar? Welches Instrumentarium ist passend um diese komplexe Symptomatik zu erfassen? Bestehende Literatur wies wiederholt auf den zentralen Stellenwert von sozial-interpersonellen Faktoren hin – wie relevant sind diese bei Typ-1- verglichen mit Typ-2- Traumatisierungen? Bestehen bestimmte Pfade, entlang welchen sie salutogen agieren?

Das vorliegende Dissertationsprojekt untersuchte diese Fragestellungen und veröffentlichte die Ergebnisse in drei Publikationen. Dabei wurde in der ersten Publikation auf eine Stichprobe ehemals politisch Inhaftierter während der DDR aufgebaut, von welcher angenommen wurde dadurch Typ-1 traumatisiert zu sein. Es interessierte der Stellenwert einer Reihe theoretisch selektierter sozial-interpersoneller Faktoren und deren Interaktionen zur Prädiktion von klassischer PTB-Symptomatik. Für die zweite und dritte Publikation wurde eine Stichprobe ehemaliger Verding- und/oder Heimkinder rekrutiert. Ziel dabei war die testpsychometrische Untersuchung eines Instrumentariums zur Erfassung von komplexer Traumafolgesymptomatik nach Typ-2-Traumatisierung sowie vergleichend zur ersten Publikation die Untersuchung des Stellenwerts sozial-interpersoneller Faktoren für das komplexe posttraumatische Geschehen.

Es zeigte sich eine Reihe hypothesengerechter Effekte. Typ-1-Traumatisierung in Publikation 1 führte zu klassischer, während Typ-2-

Traumatisierung in Publikation 3 zu komplexer PTB-Symptomatik führte. Das Trauma Symptom Inventory erwies sich als sinnvolles Instrumentarium zur Erfassung komplexer Folgesymptomatik. Sozial-interpersonelle Faktoren zeigten sich als eng in Zusammenhang stehend mit klassischer sowie mit komplexer PTB-Symptomatik, wobei traumaspezifische und traumaunspezifische Faktoren identifiziert wurden. Das sozial-interpersonelle Kontext-Modell bot einen adäquaten theoretischen Rahmen für diese Effekte.

DANKSAGUNG

Die nun folgenden Zeilen möchte ich denjenigen Personen widmen, welche dieses Dissertationsprojekt auf ganz unterschiedliche Weise unterstützt haben.

Mein grösster Dank gilt meinem Doktorats-Komitee: Prof. Andreas Maercker, Prof. Mike Martin und Dr. Peter Klaver. Vielen Dank für die Finanzierung dieses Projekts durch den Schweizer Nationalfonds (SNF). Weiter möchte ich Dr. Simon Forstmeier danken. Er war mir mein akademischer Mentor. Vielen Dank auch an Katharina Landis für ihre stets positive Art.

Sehr wertvoll ist für mich Dr. Sonja Fankhauser, meine Freundin am Lehrstuhl und im Leben. Schön gibt es dich! Auch Dr. Moyra Mortby und Dipl-Psych IAP Nina Kramer möchte ich für ihre liebe Unterstützung danken.

Herzliches Dankeschön an die studentischen Mitarbeitenden, insbesondere MSc Sabine Büchler und MSc Rahel Bachem. In unseren Diskussionen schöpfte ich viele Ideen für meine Arbeit.

Keine Studie dieser Art kann gelingen ohne die Mitarbeit von Studienteilnehmerinnen und -nehmern. Ich habe grossen Respekt vor diesen starken Personen und bewundere sie für ihren enormen Lebenswillen. Vieles durfte ich in unseren Gesprächen von ihnen lernen, was mir meinem wissenschaftlichen, aber auch meinem privaten Auge neue Sichtweisen eröffnete.

Schliesslich gilt mein Dank meinem Freundeskreis. Ich möchte mich bei lic. phil. Miriam Winter, lic. phil. Daniela Wyss, cand. lic. phil. Patricia Abderhalden und Dr. Thorsten Schulz für ihre offenen Ohren und guten Herzen bedanken. Meine Eltern stärkten mir mein Leben lang den Rücken und standen stets hinter mir. Christoph Gerber bin ich sehr dankbar für sein Herz aus Gold, für seine Luftschlösser, die er professionell bewirtschaftet, und für das Band zwischen uns. Dr.

Volker Hübner unterstützte mich über viele Jahre hinweg mit selbstlosem Herz, klarem Verstand und enormer Tatkraft. Er war mir mein bester Freund. Diese Dissertation wäre ohne ihn niemals gelungen.

Ich bin dankbar, dass diese wundervollen sozial-interpersonellen Faktoren alias Freunde in meinem Leben sind und mein Dasein unglaublich bereichern. Abschliessend (und gleichzeitig diese Dissertationsschrift einleitend) in den Worten Epikurs von Samos: „Von allen Geschenken, die uns das Schicksal gewährt, gibt es kein grösseres Gut als die Freundschaft – keinen grösseren Reichtum, keine grössere Freude.“

1. EINFÜHRUNG UND ZIELE

Altersunabhängig spielen psychische Störungen über die gesamte Lebensspanne hinweg eine Rolle. Je nach Lebensabschnitt sind dabei bestimmte Störungsbilder stärker im Vordergrund als andere. In einer kürzlich erfolgten Studie mit älteren Personen berichtete ein Drittel, dass sie über die Lebensspanne hinweg mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt hatten (Maercker, Forstmeier, Enzler, Krüsi, Hörler, Maier, et al., 2008a). Alter kann als Risikofaktor für Trauma-Exposition erachtet werden (Spitzer, Barnow, Völzke, John, Freyberger & Grabe, 2008) und ältere Personen stellen insofern eine Risikogruppe für posttraumatische Folgestörungen dar. Dennoch ist das gerontopsychotraumatologische Forschungsfeld bis anhin eher überschaubar, obgleich altersspezifische Entwicklungsaufgaben, wie auch generationentypische Traumata das Bild der PTBS spezifisch zu prägen scheinen (Cook, 2001). Gerade in Anbetracht unserer alternden Gesellschaft (Lutz, Sanderson & Scherbov, 2008) kann dieser Thematik eine besondere Relevanz zugemessen werden.

Im internationalen Vergleich erkrankten in der Schweiz über alle Altersgruppen hinweg eine relativ geringe Anzahl an Personen an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Regionale und historische Länderunterschiede spielen hierbei eine gewichtige Rolle (Maercker, 2009). Obgleich die Schweiz keine extremen Phänomene wie den Holocaust oder ähnliche Ereignisse in ihren Geschichtsbüchern niederschrieb, verzeichnete sie andere die Bevölkerung betreffende Ereignisse, die den Kriterien eines Traumas entsprechen: das Verdingkindwesen. Dabei handelt es sich um ein dunkles und wenig bekanntes Kapitel der Schweizer Geschichte, das mindestens bis in die 1950er anhielt (Leuenberger, 2008). Im Zuge dessen wurden Kinder aus verschiedenen Gründen

ihren leiblichen Familien entnommen. Oftmals wurden sie Bauernfamilien in Obhut gegeben, wo die verdingten Kinder mitunter schwerer körperlicher Arbeit nachzugehen hatten. Weiter kam es in hohem Ausmass zu Übergriffen verschiedener Art, bspw. sexueller Missbrauch (Leuenberger & Seglias, 2008; Wohlwend & Honegger, 2004).

Was den damaligen Verding- und/oder Heimkindern widerfuhr, kann nach Lenore Terrs (1989, 1991) als Typ-2-Traumatisierungen beschrieben werden, abgrenzend zu Typ-1. Während sich letztere auf einmalige oder kurzfristige potentiell traumatische Ereignisse (PTE) wie z.B. ein Autounfall bezieht, bauen erstere auf früh erfahrene, multiple und/oder chronische, traumatische Ereignisse auf (siehe auch: Maercker, 2009, S. 15). Herman (1992) zufolge eignen sich die Kriterien der klassischen PTBS für Folgestörungen nach Typ-1-Traumatisierung, jedoch nicht nach Typ-2, wie im Fall der ehemaligen Verding- und/oder Heimkinder. Denn Typ-2-Folgen, so scheint es, zeichnen sich durch eine andersartige und komplexere Symptomatik aus. Diese Überlegungen führten zur Entwicklung des Störungskonzepts der komplexen PTBS (KPTBS), die de facto über die Grenzen der klassischen PTBS hinaus geht. Über die Aufnahme dieses Konzepts in die sich neu entwickelnden Klassifikationssysteme (DSM-5 resp. ICD-11) wird gegenwärtig diskutiert (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, van Ommeren et al., in Druck).

Mehr und mehr verändert sich der gerontologische Forschungsfokus. Dieser wird mittlerweile nicht mehr primär auf Risikofaktoren, was die psychische Gesundheit Älterer anbelangt, gerichtet, sondern verstärkt auch auf Resilienz fördernde Faktoren. Es wird von Multidirektionalität und Multidimensionalität von Altersveränderungen ausgegangen und von Plastizität bis ins hohe Alter (Martin & Kliegel, 2005), was Raum eröffnet für gerontopsychotherapeutische Interventionen. Eine zunehmende Anzahl von Autoren befürworten einen Zusammenhang zwischen

sozial-interpersonellen Faktoren und Gesundheit (Smith & Christakis, 2008), Mortalität (Dalgard & Lund Haheim, 1998) und auch posttraumatischen Anpassungsprozessen (Maercker, 2009) – nebst zahlreichen anderen Outcomes. Kürzlich erfolgte Studien identifizierten eine Reihe solcher Faktoren, dazu gehören erlebte Wertschätzung, dysfunktionaler Disclosure, generelle soziale Unterstützung, Vergebung und Einsamkeit. Maercker und Horn (2012) entwickelten auf der Basis zweier Meta-Analysen (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003) und weiterer zuführender Studienergebnisse das sozio-interpersonelle Kontext-Modell zur ergänzenden Erklärung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der posttraumatischen Belastungsstörung.

Summa summarum, die vorliegende Dissertation verfolgte das Ziel neue Erkenntnisse über die Bedeutung einiger theoretisch selektierter sozial-interpersoneller Faktoren im Hinblick auf die klassische sowie komplexe PTB-Symptomatik im Alter zu gewinnen. Zudem wurde überprüft, ob zwischen PTE in der Kindheit und komplexer PTB-Symptomatik im Alter über die Lebensspanne hinweg langfristige Zusammenhänge bestehen. Die Forschungsfragen lauteten:

- i. Bestehen über die Lebensspanne hinweg Zusammenhänge zwischen potentiell traumatischen Ereignissen (PTE) in der Kindheit und komplexer PTB-Symptomatik im Alter?
- ii. Besteht eine Traumaspezifität hinsichtlich der daraus resultierenden Folgestörung? Sprich: Prädiziert Typ-1-Traumatisierung eine klassische PTB-Symptomatik, während Typ-2 eine komplexe PTB-Symptomatik prädiziert?
- iii. Eignet sich das Trauma Symptom Inventory (TSI) zur Erfassung von komplexer PTB-Symptomatik?

- iv. Sind sozial-interpersonelle Faktoren relevant hinsichtlich klassischer und komplexer PTB-Symptomatik? Mediieren sozial-interpersonelle Faktoren den Zusammenhang zwischen PTE in der Kindheit und komplexer PTBS im Alter?
- v. Lassen sich die Ergebnisse über die hier untersuchten sozial-interpersonellen Faktoren in das sozio-interpersonelle Kontext-Modell von Maercker und Horn (2012) einbetten?

Dieses Dissertationsprojekt beinhaltet drei Publikationen in Fach-Journals. Eine weitere, parallele Übersichtspublikation handelt von traumatischen Kindheitserlebnissen und ihren psychischen Auswirkungen im Alter (Krammer, Simmen-Janevska, & Maercker, 2013).

Die erste der drei Publikationen beinhaltete eine querschnittlich angelegte, pfadanalytische Berechnung in einer Stichprobe ehemals politisch Inhaftierter zu Zeiten der DDR. Dabei wurden vier sozial-interpersonelle Faktoren, nämlich erlebte Wertschätzung, dysfunktionaler Disclosure, soziale Unterstützung und Vergebung, auf ihre Rolle als klassische PTBS-Prädiktoren hin untersucht (Publikation 1: Krammer, Fankhauser, Günter, Gäbler, Schützwohl, & Maercker, in Druck b). Die zweite und dritte Publikation basierten auf einer Stichprobe älterer ehemaliger Verding- und/oder Heimkinder, wobei die Studie ebenfalls querschnittlicher Natur war. Die erste dieser beiden Veröffentlichungen verfolgte das Ziel, die deutsche Version des Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, 1995) einer ersten teststatistischen Überprüfung zu unterziehen (Publikation 2: Krammer, Simmen-Janevska, & Maercker, in Druck a). Diese zweite Publikation war wegbereitend für die dritte, da das TSI das zentrale Outcome der dritten Publikation darstellte. Diese untersuchte, ob traumatischer Stress in der Kindheit mit komplexer PTB-Symptomatik im Alter zusammenhängt und ob eine Reihe selektierter sozial-

interpersoneller Faktoren diesen Zusammenhang beeinflusst und eventuell mediiert (Publikation 3: Krammer, Kleim, Simmen-Janevska, & Maercker, eingereicht).

Die folgenden Kapitel geben zunächst einen Überblick über PTE in der Kindheit und deren langfristige Konsequenzen mit Fokus auf ältere Personen und deren psychischer Gesundheit sowie Erklärungsansätze. Anschliessend folgt eine Erläuterung und Differenzierung von klassischer und komplexer PTBS, zudem ein Abschnitt zum Trauma Symptom Inventory. Danach sollen aktuelle Erklärungsmodelle der PTBS dargestellt werden, bevor im Anschluss das sozio-interpersonelle Kontext-Modell von Maercker und Horn (2012) in den Mittelpunkt der Betrachtung rückt. Es folgt eine Erläuterung von Ressourcen und deren Effekte, dann eine Darstellung bestimmter sozial-interpersoneller Faktoren, welche zentral für die vorliegende Arbeit waren. Weiter werden die drei dieser kumulativen Dissertation zugrundeliegenden Publikationen beschrieben. Zuletzt erfolgt eine Diskussion, klinische Implikationen sollen erwähnt werden, bevor ein Ausblick in mögliche zukünftige Schritte, basierend auf den Ergebnissen dieser Arbeit, gegeben wird.

2. POTENTIELL TRAUMATISCHE EREIGNISSE IN DER KINDHEIT

2.1 BEGRIFFLICHES

Nach der gegenwärtigen Definition ist ein Trauma dann ein solches, wenn es sich um ein „Ereignis oder Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten“ handelt (American Psychiatric Association, 2000, S. 491). Potentiell traumatische Ereignisse (PTE) in der Kindheit werden in physischen (alle Formen körperlicher Gewalt, die zu physischen oder psychischen Beeinträchtigungen führen), sexuellen (jegliche Handlung sexueller Art gegenüber

einem Kind) oder psychischen (z.B. Ablehnung, Verängstigung, Isolierung) Missbrauch, sowie in physische oder psychische Vernachlässigung (fürsorgliches Handeln wird unterlassen, physische und psychische Versorgung des Kindes ist nicht gewährleistet) differenziert (Bernstein & Fink, 1998). Innerhalb dieser fünf Traumaarten kommt es häufig zu Überschneidungen (Thyen, Kirchhofer, & Wattam, 2000), bspw. tritt sexueller in erhöhtem Ausmass mit körperlichem Missbrauch auf (Briere, 1992; Diaz, Simatov, & Rickert, 2000). Einigen Autoren zufolge ist das multiple Erleben von PTE das „typical picture of childhood abuse“ (Cloitre, Cohen, & Koenen, 2006, S. 4). Nach einer Studie in Deutschland erlebten 18% der Mädchen und 26% der Jungen mindestens ein PTE (Essau, Conradt, & Petermann, 1999; Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000), wobei europäische Raten in Bezug auf traumatische oder posttraumatische Geschehnisse tendenziell tiefer ausfallen als bspw. amerikanische (hinsichtlich PTBS bei Erwachsenen z.B.: Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; versus z.B.: Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008b).

Wie eingangs bereits dargestellt, kann die Typ-1- von der Typ-2-Traumatisierung abgegrenzt werden (Terr, 1989; 1991). Erstere bezieht sich auf ein einmalig vorkommendes und kurzfristiges PTE, während sich letztere auf früh erfolgte, langfristige und multiple PTE beziehen. Diese Unterscheidung ist insbesondere auch für das Kindesalter von Relevanz. Es wurde postuliert, dass sich Traumafolgestörungen je nach Art der zugrundeliegenden Traumatisierung voneinander unterscheiden, nämlich in klassische und komplexe PTBS (Herman, 1992; 2006) – was zu einem späteren Zeitpunkt Gegenstand dieser Schrift sein wird.

2.2 LANGFRISTIGE KONSEQUENZEN

PTE in der Kindheit werden mit einer Reihe von physio- und psychopathologischen Störungen in der weiteren Kindheit, in der Jugendzeit, im

Erwachsenenalter sowie im Alter assoziiert (Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes, 2003). Insbesondere interpersonelle PTE ziehen langfristige und gravierende Konsequenzen nach sich (Maercker, 2009).

Doch existieren bis dato nur wenige Studien, welche den Langzeiteffekt von PTE in der Kindheit über die Lebensspanne hinweg im Hinblick auf das ältere Individuum untersuchten. Ein kürzlich erschienener Review verwies auf die Prädiktion von Depression, Angststörungen sowie PTBS aufgrund von nachteiligen Eltern-Kind-Beziehungen im späteren Leben (Weich, Patterson, Shaw, & Stewart-Brown, 2009). Eine weitere Studie zeigte Effekte 60 Jahre nach Beendigung des Zweiten Weltkriegs auf, wonach aktuell 10.8% der damaligen deutschen Kinder und heute älteren Erwachsenen PTB-bezogene Symptome aufwiesen (Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger, & Ermann, 2007). Diese konnten mit weiteren psychopathologischen Symptomen wie einem erhöhten Angst-Level, geringerer Resilienz und geringerer Lebenszufriedenheit assoziiert werden (Kuwert, Brähler, Glaesmer, Freyberger, & Decker, 2009). Einer weiteren Studie zufolge konnte bei heute älteren Personen ein häufiges Auftreten eines unsicheren Bindungsstils sowie ein geringeres Wohlbefinden festgestellt werden, und zwar im Vergleich zwischen als Kind während des Zweiten Weltkrieges Evakuierten zu damals Nicht-Evakuierten (Foster, Davies, & Steele, 2003). Wiederum andere Studien zeigten auf, dass eine temporäre Trennung von den Eltern während der Kindheit mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen im weiteren Verlauf des Lebens einher ging (Räikkönen, Lahti, Heinonen, Pesonen, Wahlbeck, Kajantie, et al., 2011; Rusby & Tasker, 2009).

Vorgängige Studien wiesen auf die langfristigen negativen Konsequenzen nach Traumaexposition hin (Maercker, Gähler, O'Neil, Schützwohl, & Müller, 2012; Solomon & Mikulincer, 2006) – doch scheint bis anhin keine Studie durchgeführt worden zu sein, welche auf die komplexe PTBS nach frühen PTE fokussierte. Dieses

Störungskonzept bildet eine mögliche, langfristige Konsequenz nach Typ-2-Traumatisierung, welche im Folgenden beschrieben wird.

2.3 ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Generell können kognitive, psychobiologische bzw. neurobiologische, entwicklungspathologische und die Familie betonende Erklärungsansätze unterschieden werden – nachfolgend jeweils eine Erläuterung.

Kognitives Modell. Dieses Modell besagt, dass es Kindern nur mangelhaft gelingt PTE in den eigenen biografischen Kontext einzuordnen und diese entsprechend zu verarbeiten (Ehlers & Clark, 2000). Zudem wird die Entwicklung wichtiger Schemata wie Sicherheit und Vertrauen negativ beeinflusst (Pynoos et al., 1995; Pynoos et al., 1996). Zugrundeliegend ist diesem Erklärungsansatz, dass insbesondere junge Kinder das Erlebte kaum verstehen können – was mit den Prämissen Susan Clancy's (2009) übereinstimmt. Gemäss dieser Autorin verfügen junge Kinder noch nicht über die kognitiven Voraussetzungen, die notwendig wären um PTE als solche zu erkennen, zu verstehen und diese als aversiv und negativ zu klassifizieren. So schreibt Clancy (2009, S. 120): „Children may not understand the meaning of the sexual acts they are engaged in“ und „...many victims may fail to understand the meaning of the sexual acts committed.“ Somit stellt jüngeres Alter ein Risikofaktor dar, da erst nach der Entwicklung bestimmter kognitiver Strukturen und Fähigkeiten das Erlebte erzählt werden kann, die kognitiven und auch sprachlichen Fähigkeiten fehlen noch – was eine Voraussetzung für Verarbeitung wäre (Pillemer, 1998). Nur schon aus diesem Grund stellen die frühen Lebensjahre eine sensible Lebensphase dar, in welcher PTE einen schädlichen Impact innehaben.

Psycho- bzw. neurobiologische Erklärungsansätze. Bislang durchgeführte traumatologische Studien fokussierten mehrheitlich auf psycho- bzw. neurobiologische Veränderungen im Erwachsenenalter, weniger auf das Kindes- und

Jugendalter. Da sich jedoch der Grossteil der neuralen Differenzierung während der Kindheit und im Jugendalter vollzieht (Kolb & Whishaw, 2006), stellt dies eine mögliche Erklärung dafür dar, warum PTE in diesem sensiblen Zeitfenster maligner sind als im späteren Erwachsenenalter (Wessa & Flor, 2006). Entsprechend weist das sich in Entwicklung befindende Gehirn eine grössere Vulnerabilität gegenüber traumatischem Stress auf. Hinsichtlich struktureller, hormoneller und funktioneller traumainduzierter Veränderungen bestehen gemischte Ergebnisse (Steil & Rosner, 2009).

Miller, Chen und Parker (2011) entwickelten ein Modell über behaviorale und biologische Mechanismen zur Erklärung für langfristige Konsequenzen nach PTE in der Kindheit. Die Autoren schrieben, dass früher Stress eine Art Kalibrierung des Körpers anregt, eine Art grundlegende körperliche Einstellungssetzung. Dies bedeutet, dass früh erfahrene PTE den Körper auf eine bestimmte psychosomatische Reaktion auf zukünftige Anforderungen hin programmieren. Dieses Modell identifiziert drei Mechanismen, nämlich epigenetische Markierungen, Modifizierung und gewebetechnische Umgestaltung. Aufgrund dieser Veränderungen entsteht bei weiteren Stresserfahrungen eine automatisch ablaufende Immunreaktion, welche zu einem chronisch inflammatorischen Zustand führt. Behaviorale Reaktionen beinhalten Misstrauen und gering entwickelte sozial-interpersonelle Ressourcen, was die biologischen Mechanismen wiederum negativ verstärkt. Die Autoren argumentierten, dass diese maladaptiven Mechanismen langfristigen Konsequenzen nach PTE in der Kindheit zugrundeliegen.

Entwicklungspsychologisches Modell. Von Pynoos und Kollegen (1995; 1996) entwickelt, betont dieses Modell insbesondere das Zusammenspiel zwischen der kindlichen Entwicklung und PTE als pathogenem Mechanismus. Ähnlich den PTBS-Modellen für Erwachsene nennen sie Risiko- und Schutzfaktoren, unter anderem

Alter, Geschlecht, Persönlichkeit (sog. intrinsische Faktoren) und psychische Störungen sowie PTE der Eltern, Erziehungsstil, Familienklima (sog. extrinsische Faktoren). Dieser Erklärungsansatz überlappt mit dem Risky Family Model (Repetti, Taylor & Seeman, 2002). Dieses argumentiert, dass konfliktreiche, kalte und vernachlässigende Familien einen Nährboden für spätere Probleme hinsichtlich psychosozialer Funktionalität darstellen. Auch hier werden stressbedingte Veränderungen hinsichtlich biologischer Systeme postuliert, welche wiederum analog zu Miller und Kollegen (2011) Auswirkungen auf das individuelle Verhalten haben sowie potentiell psychische und physische Erkrankungen begünstigen. Der Primärfamilie und insbesondere den Eltern kommt nicht nur nach Repetti und Kollegen (2002) und Pynoos und Kollegen (1995; 1996) eine gravierende Rolle für das sich entwickelnde Kind zu. So schrieben auch Steil und Rosner (2009, S. 328): „Eltern und Pflegepersonen spielen als wichtige Interaktionspartner und Modelle für adaptives oder dysfunktionales Coping bei der posttraumatischen Anpassung Heranwachsender eine entscheidende Rolle.“ Weitere Bekräftigung, was die herausragende Rolle der Eltern bei der Verarbeitung traumatischer Ereignisse bei Kindern anbelangt, stammte von einer Meta-Analyse, bei welcher das Familienklima Varianzaufklärung hinsichtlich der Psychopathologie von Personen nach sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit leistete (Rind, Tromovich, & Bausermann, 1998).

3. KLASSISCHE UND KOMPLEXE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

3.1 HINTERGRUND: KLASSISCHE UND KOMPLEXE PTBS

Klassische PTBS. Für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sind Intrusionen, Vermeidungsverhalten sowie Hyperreaktivität nach DSM-IV bzw. ICD-10

grundlegende Symptome, welche durch ein PTE ausgelöst werden können. Kausal zugrundeliegend ist bspw. ein Autounfall, was einer Typ-1-Traumatisierung entspricht. Diese Störung wird im Folgenden zur klaren Abgrenzung von der komplexen PTBS als „klassische“ PTBS bezeichnet. In der Schweiz fallen die Prävalenzraten für die klassische PTBS vergleichsweise gering aus, was mitunter wie bereits erwähnt regional-historische Besonderheiten spiegelt (Maercker, 2009). So erfüllten in einer Studie aktuell 0.7% (subsyndromal: 4.2%) ältere Schweizer aus der Allgemeinpopulation die Kriterien für eine PTBS (Maercker & Pielmaier, 2010), verglichen mit 3.4% (subsyndromal: 7.2%) älterer Deutscher (Glaesmer, Gunzelmann, Brähler, Forstmeier & Maercker, 2010). Die PTBS weist insofern Altersunabhängigkeit auf, als dass sie eine relevante Thematik für traumatisierte Individuen jeglichen Alters ist, was ein kürzlich erschienener Review verdeutlichte (Lapp, Agbokou & Ferreri, 2011). Auch wenn relevant für alle Altersgruppen, kommt es dennoch zu Prävalenz-Unterschieden zwischen den Altersgruppen – nach einigen Autoren scheint diese über die Lebensspanne hinweg zuzunehmen (Maercker et al., 2008b), andere Autoren argumentierten für konträre Annahmen (Hauffa, Rief, Brähler, Martin, Mewes & Glaesmer, 2011). In der Berliner Altersstudie traten Traumafolgestörungen häufig komorbid mit den häufigsten Störungsbildern älterer Personen auf, nämlich Insomnie, Depression, Demenz und Angststörungen (Wernicke, Linden, Gilberg & Helmchen, 2000). Eine kürzlich erfolgte Studie stellte fest, dass 36.3% älterer Personen über die Lebensspanne hinweg mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt hatten (Maercker et al., 2008a). So gesehen, stellt Alter einen Risikofaktor für Trauma-Exposition dar (Spitzer, et al., 2008).

Hinsichtlich des langfristigen Verlaufs der PTBS existiert wenig Literatur. Eine kürzlich erschienene Längsschnitt-Studie mit ehemals politisch Inhaftierten und einem Zeitintervall von vierzehn Jahren wies auf vier mögliche Verlaufsbahnen hin.

Dabei zeigten sich ein chronischer, ein resilienter, ein genesener und ein verzögert eingesetzter Verlauf. Verlaufsspezifisch liessen sich diese durch bestimmte Faktoren prädictieren, insbesondere posttraumatische Faktoren, zu denen sozial-interpersonelle Faktoren wie soziale Unterstützung und dysfunktionaler Disclosure zählten (Maercker et al., 2012). Auch in einer anderen längsschnittlich angelegten Studie konnten chronisch erhöhte Symptomprofile über 20 Jahre hinweg nachgewiesen werden (Solomon & Mikulincer, 2006). Je nach zugrunde liegender Traumatisierung kann eine mögliche Langzeitfolge die im Anschluss vorgestellte komplexe PTBS sein.

Komplexe PTBS. Judith Herman (1992; 2006) postulierte, dass sich die Kriterien der klassischen PTBS für Folgestörungen von einmaligen und kurzfristigen PTE (Typ-1) eignen, jedoch dann als ungeeignet zu bezeichnen sind, wenn dieser frühe, lang andauernde oder multiple Traumata (Typ-2) zugrunde liegen. Sie entwickelte das Störungskonzept der komplexen PTBS (KPTBS) und definierte dieses anhand der folgenden Kriterien: Störungen der Affektregulation wie Dysphorie und chronische Suizidgedanken; Bewusstseinsveränderungen wie Amnesie, Depersonalisation und Derealisation; gestörte Selbstwahrnehmung wie Scham- und Schuldgefühle; gestörte Wahrnehmung des Täters; Beziehungsprobleme wie Isolation und anhaltendes Misstrauen; und Veränderungen des Wertesystems wie der Verlust fester Glaubensinhalte, das Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Ausschlaggebend für die Entwicklung dieses Störungskonzepts war, dass sich Traumafolgestörungen nach Typ-2-Traumatisierung durch eine komplexere, heterogenere Symptomatik auszuzeichnen schienen als solche nach Typ-1-Traumatisierung. Letzt Genannte (Typ-1) sind der klassischen PTB-Symptomatik zuzuordnen. Für erst Genannte (Typ-2) hingegen wird postuliert, dass sie durch die sensible Entwicklungsphase, in welcher sie stattfinden (Kindheit), von

besonderer Pathogenität sind (Ford & Courtois, 2009), ein andersartiges Set an Symptomen zu evozieren vermögen als PTE im Erwachsenenalter und dadurch über die Grenzen der klassischen PTBS hinausgehen (Briere & Rickards, 2007). Das Störungskonzept der KPTBS bildet demgemäss eine Art Endpol eines Komplexitäts-Kontinuums von Traumafolgestörungen ab (Briere & Spinazzola, 2005).

Nach einer Studie zur Validität dieses Störungskonzepts zeigten erwachsene Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in ihrer Kindheit beim Vergleich mit Frauen ohne solcher Vorgeschichte höhere Werte hinsichtlich der folgenden Symptome: Somatisierung, Dissoziation, Angst, Feindseligkeit, Alexithymie, soziale Probleme, maladaptive Schemata, selbstdestruktive Verhaltensweisen und Reviktimisierung im Erwachsenenalter (Zlotnick, Zakriski, Shea, Costello, Begin, Pearstein et al., 1996). Zudem bildete diese Symptomatik einen negativen Prädiktor für das Therapie-Outcome insofern, als dass Personen mit Traumaexposition und daraus entstandener PTBS auf die Therapie ansprachen, doch Personen mit Traumaexposition plus der soeben dargestellten von der klassischen PTBS abweichenden Symptomatik in erhöhtem Mass nicht. Dieses Ergebnis sprach sich somit für eine Abgrenzung der komplexen von der klassischen PTBS aus, was insbesondere in therapeutischer Hinsicht relevant ist (Ford & Kidd, 1998).

Noch heute leben viele unterdessen alt gewordene Personen, welche während des vergangenen Jahrhunderts Kriege, Verdingung, Verfolgung, politische Inhaftierung und andere PTE erlitten. Die Aufnahme der KPTBS, oder eines analogen Störungskonzepts, in die internationalen und sich aktuell neu formierenden Störungsklassifikationsverzeichnisse ICD-11 und DSM-5, würde nicht nur die Gerontopsychotraumatologie in einem gewissen Mass revolutionieren, sondern könnte das oftmals komplexe und heterogene Symptommuster dieser Überlebenden adäquater wiedergeben. Dies wiederum würde die Entwicklung von innovativen, und

massgeschneiderten Interventionen begünstigen. Die KPTBS könnte sich zu einem zentralen Thema für ältere Personen nach PTE in der Kindheit entwickeln. Vor- und Nachteile der Einführung dieser Diagnose wurden in Krammer und Kollegen (2013) dargestellt.

3.2 METHODIK: DAS TRAUMA SYMPTOM INVENTORY

Zur Erfassung der KPTBS bestanden bis anhin im deutschen Sprachraum kaum ökonomische, spezifische Messinstrumente. Das Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS), welches auf dem Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) beruht, wurde entwickelt. Validierungsarbeiten verwiesen jedoch auf einige unbefriedigend ausfallende Gütekriterien (bspw. bewegen sich die Cronbach Alphas der Skalen von .05 bis .71; Boroske-Leiner, Hofmann, & Sack, 2008). Zudem erscheint es, dass konzeptuelle Defizite hinsichtlich IK-PTBS gegenüber dem SIDES bestehen (Kunzke & Güls, 2003).

Nach einer Umfrage bei Mitgliedern der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) stellte das Trauma Symptom Inventory (TSI) das am häufigsten verwendete Selbstratinginstrument im klinischen Setting dar, und zwar insbesondere nach Typ-2-Traumatisierung (Elhai, Gray, Kashdan & Franklin, 2005). Mittlerweile wurde es in verschiedene Sprachen übersetzt, unter anderem chinesisch, französisch, hebräisch, italienisch, polnisch, spanisch, schwedisch. International fand es Verwendung, z.B. in der Feldstudie zur DSM-IV-Revision (Gambetti, Bensi, Nori & Giusberti, 2011; Desrochers, 2010).

Das TSI wurde von John Briere (Los Angeles) zur mehrdimensionalen Erfassung der komplexen PTB-Symptomatik entwickelt (Briere, 1995). Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung der Trauma Symptom Checklist (TSC-33/40; Briere & Runtz, 1989). Das TSI wurde psychometrisch deskriptiv mittels eines

Prozesses der Itemformulierung, -sammlung und -evaluation konstruiert und nicht als Umsetzung eines theoretischen Konzepts, bspw. komplexe PTBS nach Herman (1992; 2006) oder nach van der Kolk (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005). Die klinische Relevanz kann anhand von Schwellenwerten eingeschätzt werden. Die Bildung eines Gesamtwertes über die zehn Skalen (ängstliche Erregung, Depression, Wut/Irritierbarkeit, intrusive Erfahrungen, abwehrende Vermeidung, Dissoziation, sexuelle Besorgnis, dysfunktionales Sexualverhalten, inadäquate Selbstwahrnehmung und Spannungsabbau-Verhalten) ist nicht angedacht, sodass die Auswertung rein skalenspezifisch erfolgt. Weitere Angaben zum TSI können der Publikation 2 entnommen oder bei Briere (1995) nachgelesen werden.

4. ERKLÄRUNGSMODELLE DER POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG

Eine Reihe von Modellen wurde entwickelt, um die Ätiologie der PTBS zu spiegeln. Darunter gibt es zwei, welche für die vorliegende Dissertation von herausragender Bedeutung sind: das multifaktorielle Rahmenmodell von Maercker (2009) und ergänzend dazu das sozio-interpersonelle Kontext-Modell von Maercker und Horn (2012), welche beide im Folgenden erläutert werden.

4.1 MULTIFAKTORIELLES RAHMENMODELL DER PTBS

Das multifaktorielle Rahmenmodell von Maercker (2009) beschreibt prätraumatische Risiko- und Schutzfaktoren, peritraumatische Ereignisfaktoren sowie posttraumatische Aufrechterhaltungsfaktoren und gesundheitsfördernde Faktoren (Ressourcen) als zentral für die Entstehung und Aufrechterhaltung von PTBS. Hinsichtlich Risiko- und Schutzfaktoren wurden in einer Meta-Analyse frühere

Traumatisierung in der Kindheit, jüngeres Alter zum Zeitpunkt des PTE, geringe Intelligenz bzw. Bildung sowie weibliches Geschlecht identifiziert (Brewin et al., 2000). Hinsichtlich Alter und PTBS-Risiko konnte eine u-förmige Beziehung festgestellt werden (siehe Maercker, 2009).

Nach Maercker (2009) besitzen jedoch Ereignis- und Aufrechterhaltungsfaktoren den grösseren Aufklärungswert für posttraumatische Fehlanpassung. Zu den Ereignisfaktoren zählen die Traumaschwere, bestehend aus Traumadauer und Schadensausmass. Dabei scheint eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zu bestehen: es konnte eine lineare Beziehung zwischen der Komplexität der individuellen Symptomatik und der Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse festgestellt werden (Briere, Kaltman, & Green, 2008). Weiter gehört die initiale Reaktion zu den Ereignisfaktoren. Initialreaktionen prädizierten die posttraumatische Anpassungsleistung stärker als die Traumaschwere (Maercker, Schützwohl, & Beauducel, 2000).

Zu den Aufrechterhaltungsfaktoren gehören Lebensbelastungen im Anschluss an das PTE und kognitiv-emotionale Veränderungen. Dazu zählen familiäre und berufliche Schwierigkeiten, traumabedingte medizinische oder finanzielle Defizite, Schuldgefühle. Gesundheitsfördernde Faktoren subsummieren eine Reihe von sozial-interpersonellen Faktoren wie dysfunktionaler Disclosure und soziale Anerkennung, was im weiteren Verlauf dieser Arbeit näher erläutert wird. Posttraumatische Prozesse beinhalten Gedächtnis- und neurobiologische Veränderungen, weiter können psychosoziale Folgen bestehen. Nicht nur maladaptive, sondern in der Regel adaptive Ergebnisse treten nach Traumaexposition auf. Das Phänomen der posttraumatischen Reifung beschreibt einen traumabedingten Reifungsprozess (Maercker, 2009; Abb. 1).

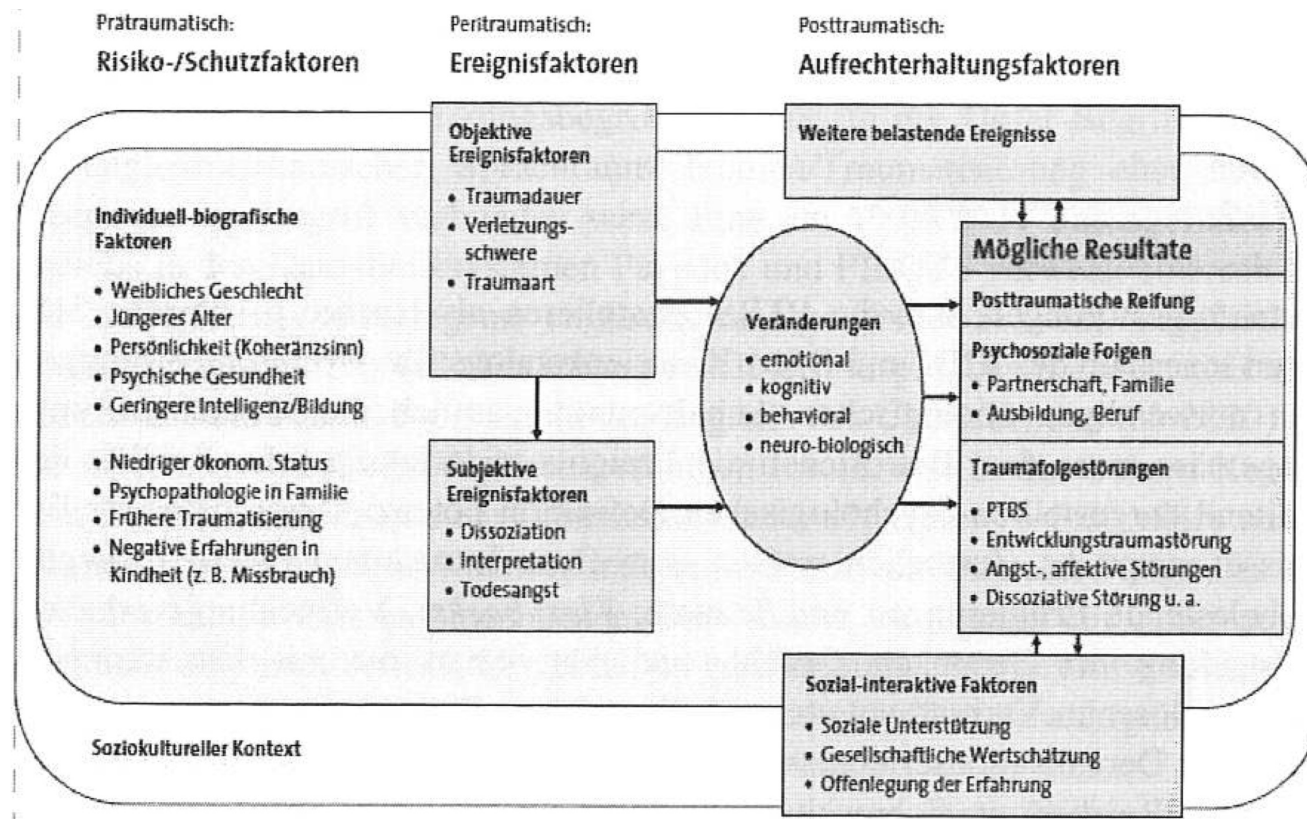


Abb. 1: Rahmenmodell zur Ätiologie von PTBS (Maercker, 2009)

4.2 DAS SOZIO-INTERPERSONELLE KONTEXT-MODELL

Ein PTE stellt ein notwendiges, aber nicht hinreichendes Kausalereignis für eine PTBS dar. Folglich müssen weitere Faktoren eine Rolle spielen, welche das eine Individuum disponieren oder vulnerabilisieren, das andere nicht – was durch das multifaktorielle Rahmenmodell von Maercker (2009) berücksichtigt wurde und ebenfalls im nun vorzustellenden sozio-interpersonellen Kontext-Modell. Nach zwei Meta-Analysen werden sozial-interpersonellen Faktoren eine herausragende Bedeutung für posttraumatische Anpassungsprozesse zugeschrieben (Brewin, et al., 2000; Ozer, et al., 2003). Schon Horowitz (1976; 2007) betonte die Rolle von sozial-interpersonellen Faktoren für das posttraumatische Geschehen, nämlich Scham, Schuld und Rache. Auch Janoff-Bulman (1985) verwies auf posttraumatische, interpersonelle Veränderungen. Ehlers und Clark (2000) subsummierten unter dysfunktionalen Kognitionen, welche nach ihrer Theorie einen von drei ätiologischen Hauptkomponenten ihrer Vorstellung der PTBS darstellte, eine Reihe von sozial-interpersonellen Besonderheiten. Dabei wurden u.a. soziale Beziehungen als gefährlich wahrgenommen, Ärger stellte das Resultat von wahrgenommener Unfairness und Scham dar, sozialer Rückzug erfolgte. Monson, Fredman und Dekel (2010) hoben in ihrer kognitiv-behavioralen interpersonellen Theorie der PTBS ebensolche Probleme als prädiktiv für posttraumatische Maladaptation hervor.

Auf der Basis dieser und weiterer Befunde entwickelten Maercker und Horn (2012) das sozio-interpersonelle Kontext-Modell zur ergänzenden Erklärung von Traumafolgestörungen. Dieses vernetzt Ansätze aus der Lebensspannen-, kulturellen und sozialen Psychologie und vereinte diese in einem mehrschichtigen theoretischen Rahmenmodell. Somit geht es über die Prämissen bisheriger theoretischer Vorstellungen hinaus und zieht intra- und interpersonelle sowie kontextuelle, gesellschaftliche Faktoren mit ein.

Strukturell ist dieses Rahmenmodells auf drei Ebenen konzipiert. Im Kern befinden sich intra-individuelle Phänomene wie Scham, Schuld, Wut und Rache. Grundsätzlich geht es hierbei um die individuelle kognitive und emotionale soziale Realität. Diese innerste Schicht entspricht weitgehend bisheriger theoretischen Vorstellungen.

Auf der äussersten Ebene wird der distale soziale Kontext gespiegelt, sprich die Kultur, die Gesellschaft, und wie diese die posttraumatische Adaptivität eines Individuums beeinflussen. Im Grunde genommen geht es um die Integration des PTE betroffenen Individuums in den äusseren und erweiterten sprich interpersonellen, gesellschaftlichen Kontext.

Zwischen diesen beiden Ebenen befinden sich nahe soziale Kontakte, bspw. der Intimpartner, Familienmitglieder, Freunde. Dabei spielen interaktive Phänomene – dysfunktionaler Disclosure, soziale Unterstützung und Empathie – eine wichtige Rolle. Diese werden in den nachfolgenden Abschnitten näher beschrieben (Abbildung 2).

Das sozio-interpersonelle Kontext-Modell postuliert Interaktionen zwischen den eben beschriebenen drei Ebenen. Maercker und Horn (2012) illustrierten dies anhand von Scham nach einer Vergewaltigung: so vermag diese Emotion einen andersartigen Einfluss auf die posttraumatische Anpassung aufweisen, wenn das betroffene Individuum über einen stabilen Intimpartner verfügt, bei dem das Berichten des PTEs möglich ist.

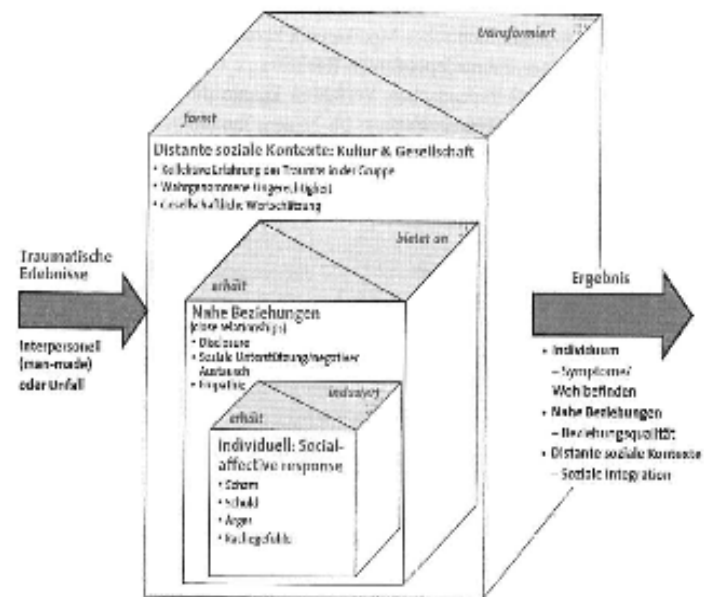


Abb. 2 Das sozio-interpersonelle Kontext-Modell (Maercker und Horn, 2012)

Dieses Multi-Ebenen-Prinzip ist auch deshalb sinnvoll, da zwischen den integrierten Faktoren unterschiedliche Beziehungen bestehen können. So scheint bspw. das Ausmass eines Verlusts die Beziehungs-Zufriedenheit des PTE-Betroffenen zu erhöhen, das Ausmass der Bedrohung jedoch nicht (Fredman, Monson, Schumm, Adair, Taft & Resick, 2010). Ein vielschichtiges Vorgehen kann solche Besonderheiten berücksichtigen.

5. RESSOURCEN

5.1 HINTERGRUND UND EFFEKTE

Ob ein Kind im Anschluss an ein PTE eine Traumafolgestörung entwickelt, hängt auch von der Interaktion verschiedener Faktoren ab, u.a. Ressourcen (Franz, 2006), welche sich scheinbar bilanzierend gegenüber stehen (Steinhausen, 2000) und hinsichtlich der Entwicklung einer PTBS nach Traumaexposition von Bedeutung sind (Siol, Flatten, & Wöller, 2004). Diese Ressourcen wurden von Hobfoll (1989) als Objekte (z.B. Auto), persönliche Eigenschaften (z.B. Empathie), Bedingungen (z.B. Familienstand) oder Energien (z.B. Geld) beschrieben, die jeweils individuellen Wert besitzen.

Neueren Forschungserkenntnissen zufolge führen früh erfahrene PTE zu einer beeinträchtigten Entwicklung von Ressourcen. Dazu gehört der Abbau psychosozialer Ressourcen. In Übereinstimmung damit betonten Charuvastra und Cloitre (2008) in ihrem Review die Bedeutung von individuellem Bindungsverhalten sowie insbesondere von sozialer Unterstützung für posttraumatische Anpassungsprozesse nach PTE in der Kindheit. Das Ressourcen-Verlust-Modell beschreibt die langanhaltenden Konsequenzen hinsichtlich der Entwicklung psychischer und sozialer Fertigkeiten aufgrund einer Kaskade aus Ressourcenverlusten, ausgelöst durch Ereignisse traumatischer Art (Cloitre et al.,

2006). Wiegen die vorhandenen Ressourcen die adaptiven Anforderungen eines PTE nicht auf, können Funktionsbeeinträchtigungen die Folge sein, wobei der Bedarf an Ressourcen steigt. Kann der Ressourcenbedarf nicht ausgeglichen werden, führt die Belastung zu Ressourcenverlusten, welche sich langfristig auch nach Beendigung der PTE fortsetzen können. So schrieben Cloitre und Kollegen (2006), dass Kinder angesichts missbräuchlicher Übergriffe geradezu hilflos sind, bedenkend insbesondere sich wiederholender und unvermeidbarer Übergriffe durch Bezugspersonen. PTE geschehen oftmals durch eine dem Kind nahe stehende Person, was primär zum Verlust einer gesunden Bindung oder Bindungsfähigkeit (siehe auch Strauss, 2013) führt, und weiter zum Verlust der Möglichkeit zur Entwicklung sozialer und emotionaler Kompetenzen. Denn gerade für die Entwicklung dahingehender Ressourcen erscheint die unterstützende und modellierende Anwesenheit einer vertrauten Bezugsperson von Bedeutung. Ein weiterer gemäss dem Ressourcenverlust-Modell resultierender Verlust besteht darin, dass eine beeinträchtigte Ankoppelung an die Gesellschaft stattfindet, analog zum sozio-interpersonellen Kontext-Modell (Maercker & Horn, 2012). Eine langfristig mangelhafte Unterstützung durch die Gesellschaft kann die Folge sein, was wiederum negative psychosoziale Konsequenzen chronischer Natur begünstigt.

Auf die Theorie der Ressourcenerhaltung Bezug nehmend lässt sich anschliessen, dass ressourcenarme Personen in eine „soziale Verlustspirale“ (Krammer et al., 2013) geraten können, da sie umso weniger Ressourcen zur Verfügung haben, um die noch verbliebenen vor weiteren Verlusten zu schützen (Hobfoll, 1989). Ähnlich schrieben andere Autoren, dass Kinder, die in hohem Ausmass Risikofaktoren erlebten, nur über wenige Ressourcen verfügen (Erhart, Hölling, Bettge, Ravens-Sieberger & Schlack, 2007).

Erfolgreiches Altern (Baltes & Baltes, 1990) setzt vor allem auch Ressourcen voraus. Nach Forstmeier, Uhlendorff und Maercker (2005) sind in gerontopsychologischer Hinsicht insbesondere die folgenden Ressourcen bedeutsam: emotionale, motivationale, volitionale, interpersonelle und soziale Ressourcen. Bedenkend, dass Ressourcenaktivierung ein zentrales Element psychotherapeutischer Interventionen darstellt (Grawe, 1998), sollte dieser Thematik im gerontopsychologischen Kontext mehr Raum eröffnet werden. Im Folgenden werden soziale und interpersonelle Ressourcen diskutiert.

5.2 SOZIAL-INTERPERSONELLE FAKTOREN

Sozial-interpersonelle Faktoren sind von zentraler Bedeutung für posttraumatische Anpassungsprozesse (Charuvastra & Cloitre, 2008), was durch das bereits beschriebene Rahmenmodell von Maercker (2009) und insbesondere durch das sozio-interpersonelle Kontext-Modell (Maercker & Horn, 2012) betont wird. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sich frühe PTE auf die Entwicklung einer Reihe von sozial-interpersonellen Faktoren auswirken. Dies ist vor allem deshalb von Bedeutung, da diesen Faktoren für eine Reihe psychischer Störungen eine Schutzwirkung zugeschrieben wird, welche bei geringer Ausprägung dieser protektiven Faktoren in gewissem Masse zu entfallen scheint.

Im Folgenden werden die für diese Dissertation elementaren sozial-interpersonellen Faktoren beschrieben. Zudem werden ihre jeweiligen Zusammenhänge zu posttraumatischen Störungen festgehalten. Dabei handelt es sich um erlebte Wertschätzung, dysfunktionaler Disclosure, generelle soziale Unterstützung, Vergebung und Einsamkeit. Diese stellen funktionale Aspekte des sozial-interpersonellen Spektrums dar, strukturelle Aspekte werden nicht diskutiert (Due, Holstein, Lund, Modvig, & Avlund, 1999).

5.2.1 ERLEBTE WERTSCHÄTZUNG

Das Konzept der erlebten Wertschätzung bezieht sich auf die Reaktion des sozialen Empfangsraums eines Individuums, welchem ein PTE widerfahren ist. Diese Reaktion kann der posttraumatischen Anpassung förderlich sein, wenn die Reaktion das Gefühl von Unterstützung und Anerkennung transferiert. Diese Reaktion kann aber auch das Gegenteil bewirken, wenn diese mit Ignoranz oder Ablehnung einhergeht. Somit handelt es sich bei der erlebten Wertschätzung um das Ausmass an erlebter Anerkennung im erweiterten sozialen Kontext (J. Müller & Maercker, 2006).

Dieses Konzept hat sich als mit psychopathologischen Störungen assoziiert erwiesen und stach insbesondere als Prädiktor für posttraumatische Anpassung heraus (Maercker, Povilonyte, Lianova, & Pöhlmann, 2009a). Analog dazu wirkte sich erlebte Wertschätzung förderlich auf posttraumatische Anpassung resp. Wachstum aus (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger, & Maercker, 2009) und erwies sich hierfür als stärkerer Prädiktor als soziale Unterstützung (Maercker & J. Müller, 2004). Negative Reaktionen des sozialen Umfelds nach Disclosure eines PTE prädizierten die Psychopathologie sogar in grösserem Umfang als Charakteristika des Traumas (Lange, DeBeurs, Dolan, Lachnit, Sjoellema & Hanewald, 1999).

5.2.2 DYSFUNKTIONALER DISCLOSURE

Nach Pennebaker und Beall (1986) handelt Disclosure vom mündlichen oder schriftlichen Berichten von wesentlichen Lebensereignissen. Zugrundeliegend ist die Annahme, dass dies eine Art Konfrontation darstellt, mittels welcher ein Betroffener seiner Erfahrung einen Sinn geben und Verständnis dafür aufbauen kann. Das gegenseitige Erzählen von Erlebnissen dient insofern einer Art sozialer Reintegration im Sinne einer gemeinsamen Verarbeitung und ist grundlegend für die Entwicklung

von Beziehungen (Reis & Shaver, 1988; Rimé, 2009). Kürzlich wurde Disclosure als interpersonelle Emotionsregulations-Strategie beschrieben (Horn, eingereicht).

Die Effekte von Disclosure können in vielerlei Hinsicht als salutogen beschrieben werden. So kam es dadurch u.a. zu: Stress-Reduktion (Pennebaker, 1997), weniger Arztbesuche (Pennebaker & Beall, 1986), Verbesserung der Selbstwahrnehmung, der Depressivität, von Angststörungen und von Somatisierung (Hemenover, 2003). Disclosure im Anschluss an ein PTE beeinflusste das Bewältigungsverhalten von Personen mit Missbrauchs-Erfahrungen positiv (Harvey, Orbuch, Chwalisz, & Garwood, 1991) und führte bei Kindern mit sexuellen Missbrauchserfahrungen zu einer geringeren PTB-Symptomatik (Ullman & Filipas, 2005). Guay, Billette und Marchand (2006) verwiesen in ihrem Review ebenfalls auf die positiven Effekte von Disclosure hinsichtlich der Entwicklung einer PTBS. Dem salutogenen Effekt zugrunde liegend könnte gemäss Lepore (2001) sein, dass das Reden über PTE der kognitiven Verarbeitung dient. Es soll jedoch angemerkt werden, dass Disclosure situationsspezifisch nicht zwingend salutogene und mitunter sogar negative Konsequenzen nach sich zu ziehen vermag (Bonanno, 2004).

Im Gegensatz zum eben beschriebenen funktionalen Disclosure handelt das Konzept des dysfunktionalen Disclosures von der Unfähigkeit das erlebte PTE zu kommunizieren. Dies ist dadurch charakterisiert, dass sowohl eine Abneigung gegenüber als auch ein Drang zu Reden besteht, und das Gespräch darüber intensive emotionale Reaktionen in Gang setzt (J. Müller, Beauducel, Raschka, & Maercker, 2000; J. Müller & Maercker, 2006). Insofern beschreibt dysfunktionaler Disclosure einen negativen Prozess des Emotionsausdrucks im Anschluss an ein PTE.

Dysfunktionaler Disclosure wird als nachteilhaft für die Anpassung an PTE beschrieben und nimmt einen zentralen Stellenwert für die Entstehung und

Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen ein (Maercker, Mohiyeddini, M. Müller, Xie, Yang, Wang, et al., 2009b). Dysfunktionaler Disclosure erwies sich als positiv mit PTBS assoziiert (J. Müller & Maercker, 2006; Ullman & Filipas, 2005).

Einige Autoren beschrieben pfadanalytisch mögliche Wirkmechanismen zwischen der zuvor dargestellten erlebten Wertschätzung und dysfunktionalem Disclosure, und zwar in drei verschiedenen Stichproben: deutsche und chinesische Studienteilnehmende (Maercker, et al., 2009b), ältere schweizer Studienteilnehmende (M. Müller, Forstmeier, Wagner, & Maercker, 2011) und bei älteren politisch Inhaftierten während der DDR (Publikation 1). Diese Autoren präsentierten eine Kaskade, nach welcher dysfunktionaler Disclosure die PTB-Symptomatik direkt beeinflusste und den Zusammenhang zwischen erlebter Wertschätzung und der PTB-Symptomatik vermittelte.

5.2.3 GENERELLE SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Während sich die erlebte Wertschätzung auf die Reaktion des gesamten und somit erweiterten sozialen Kontexts und dessen Beurteilung des PTE handelt, gibt das Konzept der sozialen Unterstützung das Ausmass an emotionaler und instrumenteller Hilfe durch Personen aus dem eigenen Umfeld wieder. Die stichhaltige Differenzierung dieser beiden Konstrukte findet Bestätigung durch deren moderate Korrelation (Maercker & J. Müller, 2004). Zudem stellt soziale Unterstützung den funktionalen Aspekt zwischenmenschlicher Beziehungen dar, im Gegensatz zum in dieser Arbeit nicht behandelten sozialen Netzwerk, welches als struktureller Aspekt betrachtet wird (Antonucci & Akiyama, 1987). Formal kann zwischen erhaltener und wahrgenommener Unterstützung unterschieden werden, welche gerade in Stresssituationen zu divergieren scheinen (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2005). Soziale Unterstützung weist zwei Wirkungspfade auf: einerseits direkt (Haupteffekt-Modell), als auch indirekt (Puffer-Modell; Cohen & Wills, 1985).

Das Ausmass an sozialer Unterstützung erweist sich im Verlauf des Alterns als relativ stabil (Martin & Kliegel, 2005), was weitgehend der sozioemotionalen Selektivitätstheorie nach Carstensen (1992) entspricht.

Bei der generellen sozialen Unterstützung handelt es sich um eine Art Breitband-Konzept. In gewisser Hinsicht kann es als ein schirmartiges und traumaunspezifisches Konstrukt aufgefasst werden, welches traumaspezifischere Faktoren wie bspw. erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure beinhaltet oder quasi umspannt (Publikation 1; Maercker, 2009). Nach einem Review von Schwarzer und Knoll (2007) erwies sich wahrgenommene soziale Unterstützung als mit psychischer und körperlicher Gesundheit assoziiert. Ebenfalls bestanden Assoziationen mit der Morbidität und der Mortalität eines Individuums (Antonucci & Jackson, 1987; Sugisawa, Liang, & Liu, 1994). Studien zufolge stellte sie ein salutogener Faktor dar, welcher posttraumatische Anpassungsprozesse positiv beeinflusst (Guay et al., 2006), mit subjektivem Wohlbefinden zusammenhängt (Lambert, Lambert, Klipple, & Mewshaw, 1989) und als Prädiktor für PTBS fungiert (Hobfoll, Canetti-Nisim, Johnson, Palmieri, Varley, & Galea, 2008). Weiter wird soziale Unterstützung als Schutzfaktor vor akutem und chronischem Stress erachtet (Kahn & Antonucci, 1980). Nach zwei Meta-Analysen zeigten sich positive resp. negative soziale Unterstützung im Anschluss an ein PTE als herausragende Schutz- resp. Risikofaktoren für die Entstehung einer PTBS (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Dabei erwies sich negative soziale Unterstützung als stärkerer Risikofaktor, als sich positive soziale Unterstützung als Schutzfaktor erwies (Halvorsen & Kagee, 2010; Wu, Chen, Wenig, & Wu, 2009).

Eine Reihe von Studien fand heraus, dass soziale Unterstützung posttraumatische Anpassungsprozesse oftmals indirekt beeinflusst. Zum Beispiel: Einigen Autoren zufolge (Benight & Harper, 2002; Benight & Bandura, 2004;

Solomon, Benbenishty, & Mikulincer, 1991) wurde die Assoziation zwischen sozialer Unterstützung und posttraumatischer Anpassung durch Selbst-Wirksamkeit vermittelt. Eine andere Studie verwies darauf, dass die Wirkungsrichtung auch gegenläufig sein könnte, sodass soziale Unterstützung die Assoziation zwischen Selbst-Wirksamkeit und posttraumatischer Anpassung mediiert (Fankhauser, Wagner, Krammer, Aeschbach, Pepe, Maercker et al., 2010). Die Wirkungsrichtung bleibt vorerst unklar.

Insgesamt zeigte sich ein positives oder salutogenes Bild hinsichtlich genereller sozialer Unterstützung und verschiedenen gesundheitsrelevanten Parametern. Doch bestehen Studien, die darauf verwiesen, dass dies nicht in jedem Fall so ist. Kam es bspw. zu Differenzen hinsichtlich der tatsächlichen und der wahrgenommenen Unterstützung, so konnte dies schädliche Folgen für den Betroffenen haben (Bolger, Zuckerman & Kessler, 2000), insbesondere dann, wenn die Unterstützung nicht als solche wahrgenommen worden war (Maisel & Gable, 2009).

5.2.4 VERGEBUNG

Vergebung ist ein komplexer Prozess relevant für intra- und interpersonelle Prozesse, welcher motivationale, kognitive und emotionale Fähigkeiten beansprucht. Dabei kann zwischen State und Trait differenziert werden (Allemand & Steiner, 2010). Als Trait ist die Vergebungsbereitschaft durch Transsituativität und zeitliche Konsistenz charakterisiert, als State durch Situationsabhängigkeit und Inkonsistenz. Generell kann Vergebung als eine Art Anpassungsstrategie an interpersonellen Ärger erachtet werden (Baumeister, Exline, & Sommer, 1999), und erwies sich in einer Studie als Prädiktor für Beziehungsqualität und -zufriedenheit (Allemand, Amberg, Zimprich, & Fincham, 2007). Vergebung scheint altersabhängige

Veränderungen aufzuzeigen, sodass ältere Personen über ein erhöhtes Ausmass als jüngere verfügen (Mullet, Barros, Frongia, Usai & Shafighi, 2003).

Auch Vergebung weist Assoziationen mit verschiedenen Gesundheitsparametern auf. So zeigte sie eine positive Korrelation mit Wohlbefinden, Hoffnung (Rye, Loiacono, Folck, Olszewski, Heim & Madia, 2001) und Empathie (McCullough, Rachal, Sandage, Worthington, Brown & Hight, 1998), sowie eine negative mit Ärger (Rye et al., 2001), Depression und Angst (Berry, Worthington, Parrott, O'Connor & Wade, 2001; Maltby, Macaskill & Day, 2001; Mauger, Perry, Freeman, Grove, McBride & McKinney, 1992; Rye, Folck, Heim, Olszewski & Traina, 2004). Darüber hinaus bestand eine negative Korrelation mit PTB Symptom-Schwere (Witvliet, Phipps, Feldman, & Beckham, 2004) und PTBS nach Kindheitsmissbrauch (Snyder & Heinze, 2005). Möglicherweise waren diese Assoziationen zumindest teilweise indirekt. Einer Studie zufolge medierte soziale Unterstützung den Zusammenhang zwischen Vergebung und Gesundheit. Obgleich unklar blieb, ob stattdessen nicht der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit via Vergebung verlief (Worthington Jr. & Scherer, 2004).

Rache (Gäbler & Maercker, 2011), wie auch Feindseligkeit (Zlotnick et al., 1996) gehen häufig mit posttraumatischen Folgestörungen einher, wobei letztere Assoziation scheinbar durch soziale Unterstützung vermindert wird (Schützwohl & Maercker, 2000). Bedenkend des Zusammenhanges zwischen Vergebung und Ärger (Rye et al., 2001), stellt Non-Vergebung möglicherweise eine Vorbedingung für Rache und Feindseligkeit dar, was ein möglicher Link zu gesundheitsrelevanten Outcomes darstellt.

Nach McCullough (2000) bestehen zwei Mechanismen, anhand welchen sich Vergebung auf die Gesundheit auswirkt. Einerseits bewahrt Vergebung das

Individuum vor einer Reduktion des sozialen Netzwerks, andererseits schützt Vergebung vor negativen Emotionen, wie oben dargestellt: Feindseligkeit und Ärger. Beide Mechanismen erscheinen sinnvoll, sind doch sowohl ein gering ausgeprägtes soziales Netzwerk (Smith & Christakis, 2008), als auch Feindseligkeit (Barefoot & Williams, 2010) mit Gesundheit assoziiert.

5.2.5 EINSAMKEIT

Einsamkeit kann als das Gefühl beschrieben werden unzugehörig und abseits zu sein (Copel, 1988), gekoppelt mit einer Diskrepanz zwischen erwünschten und tatsächlichen sozialen Kontakten (Peplau & Perlman, 2000). Einsamkeit, ungleich sozialer Isolation, setzt eine emotionale Komponente voraus, das Gefühl von Einsamkeit, und kann auch ohne Mangel an sozialen Kontakten bestehen (Kahn & Antonucci, 1980). Als eine „powerful, fundamental, and extremely pervasive motivation“ wurde sie von Baumeister und Leary (1995, S. 497) beschrieben.

Empirisch wirkte sie sich negativ auf die Gesundheit aus (Seeman, 2000), erwies sich als mit Lebensqualität assoziiert (Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2004) und stellte einen Indikator für subjektives Wohlbefinden älterer Personen dar (Holmen & Furukawa, 2002). Darüber hinaus bestand ein Zusammenhang mit PTBS (van Zelst, de Beurs, Beekman, van Dyck, & Deeg, 2006). Nach einer Studie prädiszierte Einsamkeit während der Kindheit eine spätere depressive Symptomatik (Qualter, Brown, Munn, & Rotenberg, 2010).

6. ERGEBNISSE AUS DIESEM DISSERTATIONSPROJEKT

In der ersten der drei Publikationen dieses Dissertationsprojektes wurde die Rolle von theoretisch selektierten sozial-interpersonellen Faktoren für das posttraumatische Geschehen bei ehemals politisch Inhaftierten der DDR untersucht. Dies geschah auf der Basis zweier vorgängiger Studien, welche bereits via Strukturgleichungsmodellen die Bedeutung von erlebter Wertschätzung und dysfunktionalem Disclosure heraus gearbeitet hatten (Maercker et al., 2009; M. Müller et al., 2011). Im Gegensatz zu diesen Studien fand die vorliegende Analyse eher im gerontologischen Bereich statt. Darüber hinaus wurden zwei weitere sozial-interpersonelle Faktoren, nämlich soziale Unterstützung und Vergebung untersucht.

Die zweite der drei Publikationen unterzog das neu ins Deutsche übersetzte Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, 1995) einer ersten teststatistischen Untersuchung. Das TSI erfasst zehn Symptome des Störungskonzepts der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS; Herman, 1992; 2006). Es zeigten sich insgesamt zufriedenstellende Gütekriterien. Die Übersetzung und Validierung des TSI stellte quasi eine Vorbedingung dar, um im nächsten Schritt resp. in der dritten der drei Publikationen die komplexe PTB-Symptomatik bei ehemaligen Verding- und/oder Heimkindern zu untersuchen. Zusätzlich wurde dabei die Rolle von theoretisch selektierten sozial-interpersonellen Faktoren untersucht, nämlich erneut – und nun nicht wie in der ersten Publikation im Kontext von klassischer, sondern komplexer PTBS – die traumaspezifischen Faktoren erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure, sowie die traumaunspezifischeren Faktoren generelle soziale Unterstützung und Vergebung. Zudem wurde die Rolle von Einsamkeit untersucht.

Gemäss den Ergebnissen aus diesem Dissertationsprojekt

- besteht ein langfristiger Zusammenhang zwischen komplexer Traumatisierung in der Kindheit und posttraumatischer Symptomatik beim heute älteren Individuum;
- stellt das TSI ein sinnvolles Instrumentarium dar, anhand welchem komplexe PTB-Symptomatik abgebildet werden kann;
- spielen sozial-interpersonelle Faktoren sowohl bei der klassischen als auch bei komplexer PTB-Symptomatik eine immense Rolle;
- bestehen spezifische Pfade anhand welcher diese Faktoren ihre Wirkung entfalten;
- bestehen traumaspezifischere (erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure) und traumaunspezifischere sozial-interpersonelle Faktoren (soziale Unterstützung, Vergebung, Einsamkeit) – dennoch sind je nach individueller traumatischer Folgesymptomatik alle, wenn auch unterschiedlich, relevant, insbesondere in therapeutischer Hinsicht.

Im Folgenden werden die drei Publikationen zusammengefasst beschrieben.

6.1 PUBLIKATION 1: SOZIAL-INTERPERSONELLE FAKTOREN ALS PRÄDIKTOREN VON PTB-SYMPATOMGRUPPEN BEI EHEMALS POLITISCH INHAFTIERTEN

Sozial-interpersonelle Faktoren spielen eine wichtige Rolle für die posttraumatische Symptomatik, bspw. sowohl nach einem Review (Charuvastra & Cloitre, 2008), als auch gemäss zweier Meta-Analysen (Briere et al., 2000; Ozer et al., 2003). Nach dem sozio-interpersonellen Kontext-Modell (Maercker & Horn, 2012) sind diese Faktoren drei Ebenen zuzuteilen, einer inneren intrapersonellen, einer mittleren interpersonellen und einer äusseren gesellschaftlichen Ebene. Zwei vorgängige Studien zeigten, dass spezifische Pfade unterhalb dieser Faktoren

bestehen, entlang welcher die salutogene Wirkung entfaltet wird (Maercker et al., 2009; M. Müller et al., 2011).

Diese erste Publikation baute auf diesen theoretischen Überlegungen und empirischen Ergebnissen auf und erweiterte diese um zwei bislang in diesem Zusammenhang nicht resp. wenig untersuchte sozial-interpersonelle Faktoren. Somit wurde das sozio-interpersonelle Kontext-Modell erweitert angewandt.

Hauptfragestellung war die Exploration der Assoziationen zwischen den sozial-interpersonellen Faktoren erlebte Wertschätzung, dysfunktionaler Disclosure, generelle soziale Unterstützung, Vergebung und der klassischen PTB-Symptomatik Hyperreaktivität, Intrusion und Vermeidungsverhalten; zudem die Exploration spezifischer, kausaler Pfade.

Die 86 Studienteilnehmenden waren ehemals politisch Inhaftierte während der DDR. Diese Stichprobe war nicht klinisch und das Design war querschnittlich angelegt. Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 64 Jahre alt mit einer Altersspanne von 40 bis 85 Jahren, 64% waren männlich.

Nach den Ergebnissen dieser Studie erwies sich dysfunktionaler Disclosure als direkt und proximal mit der PTB-Symptomatik assoziiert, während erlebte Wertschätzung vorwiegend indirekte Assoziationen via dysfunktionalem Disclosure aufzeigte. Generelle soziale Unterstützung und Vergebung stellten sich als indirekt mit der PTB-Symptomatik assoziiert heraus, via den beiden zuvor erwähnten sozial-interpersonellen Faktoren – direkte Assoziationen bestanden nicht. Die Fit-Indizes der berechneten Strukturgleichungsmodelle zeichneten sich als suboptimal ab, befürworteten die Modelle aber insgesamt.

Diese Ergebnisse replizierten vorgängige Befunde (Maercker et al., 2009; M. Müller et al., 2011) und standen im Einklang mit den Prämissen des sozio-interpersonellen Kontext-Modells (Maercker & Horn, 2012) sowie vorgängiger

empirischer Ergebnisse wie eingangs erwähnt. Die beiden hinzugenommenen sozial-interpersonellen Faktoren generelle soziale Unterstützung sowie Vergebung wiesen eine geringere Traumaspezifität als erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure auf. Dennoch lagen auch hier trotz geringerer Traumaspezifität Zusammenhänge mit der PTB-Symptomatik vor, die in therapeutischer Hinsicht je nach individueller Traumafolgesymptomatik von Bedeutung sind.

Auf der Basis dieser Studienergebnisse kann gefolgert werden, dass sozial-interpersonelle Faktoren je nach Spezifität und individueller Symptomatik langfristig relevant für das posttraumatische Geschehen sind. Die dieser Untersuchung zugrundeliegende Stichprobe kann mit einem Durchschnittsalter von 64 Jahren noch nicht als gerontologisch beschrieben werden, jedoch als tendenziell älter. Somit ist hier immerhin ein Trend für das Alter ablesbar, und zwar dergestalt, dass traumaspezifische sozial-interpersonelle Faktoren für das posttraumatische Geschehen auch viele Jahre nach der Traumaexposition relevant sind, dass traumaunspezifische sozial-interpersonelle Faktoren quasi Vorbedingungen für traumaspezifische darstellen, und dass diese Überlegungen Einfluss in gerontopsychotherapeutisches Handeln finden sollten.

6.2 PUBLIKATION 2: IN RICHTUNG „KOMPLEXE PTBS“: DIE DEUTSCHE VERSION DES TRAUMA SYMPTOM INVENTORY (TSI) ZUR ERFASSUNG KOMPLEXER TRAUMAFOLGEN

Das Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, 1995) wurde nach einer Umfrage bei Mitgliedern der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) als das am häufigsten eingesetzte Selbstratinginstrument zur Erfassung komplexer Folgesymptomatik insbesondere nach Typ-2-Traumatisierung beschrieben. Nach Expertenurteil gilt es das am besten geeignete Instrument, um die mögliche ICD-11 bzw. DSM-5-Diagnose der komplexen PTBS zu untersuchen (Elhai et al., 2005). Das bereits in viele andere Sprachen übersetzte Inventar wurde in

unserer Arbeitsgruppe ins Deutsche übersetzt und einer ersten teststatistischen Überprüfung unterzogen.

Das TSI beinhaltet zehn klinische Skalen, nämlich ängstliche Erregung, Depression, Wut/Irritierbarkeit, intrusive Erfahrungen, abwehrende Vermeidung, Dissoziation, sexuelle Besorgnis, dysfunktionales Sexualverhalten, inadäquate Selbstwahrnehmung und Spannungsabbau-Verhalten. Der Originalautor postulierte auf der Basis theoretischer Überlegungen ein den klinischen Skalen übergeordnetes 3-Faktoren-Modell mit den Faktoren posttraumatischer Stress, Selbst-Funktionen und Stimmungsstörungen. Darüber hinaus bestehen drei Validitätsskalen zur Erfassung von Antworttendenzen, sowie zwölf kritische Items.

Diese zweite von drei Publikationen rekrutierte eine Stichprobe von 116 älteren deutschsprachigen Schweizern mit einem durchschnittlichen Alter von 77 und einer Altersspanne von 59 bis 98 Jahren. Beinahe 41% der Studienteilnehmenden waren Frauen. Es handelte sich um ehemalige Verding- und/oder Heimkinder. Bei den Verdingkindern handelte es sich um nun ältere Personen, welche als Kinder aus heute umstrittenen Indikationen bis in die 1950er Jahre auf Bauernhöfen untergebracht wurden (Leuenberger, 2008; Leuenberger & Seglias, 2008; Wohlwend & Honegger, 2009). Nach historischen Berichten waren sie dabei in hohem Ausmass traumatischen Ereignissen ausgesetzt – was in der vorliegenden Studie durch hoch ausgefallene Werte im Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein & Fink, 1998; Gast, Rodewald, Benecke & Diessen, 2001) bestätigt werden konnte, insbesondere in den Bereichen sexuelle und physische Gewalterfahrungen in der Kindheit. Somit kann diese Stichprobe als eine Hochrisikogruppe für posttraumatische Folgestörungen beschrieben werden.

Es zeigten sich akzeptable bis gute Cronbach Alphas, somit eine mindestens akzeptable interne Konsistenz. Die Items fielen insgesamt zu schwer aus, da die

Schwierigkeitsindizes von allen Skalen unterhalb des Skalenmittelpunkts zu liegen kamen. Somit wird mittels der gegenwärtigen Itemformulierung vor allem schwer ausgeprägte Symptomatik erfasst. Möglicherweise wird dadurch eine Kontinent spezifische Eigenheit gespiegelt – denn das Inventar stammt aus den USA, wo posttraumatische Folgesymptomatik oftmals dramatischer geschildert wird als im europäischen Sprachraum (Kessler et al., 1995; Krammer et al., in Druck a; Maercker et al., 2008b; Schnyder & Moergeli, 2002). Es wäre von Vorteil das Antwortformat für den deutschen Sprachraum abzuändern, um adäquater zwischen symptombelasteten versus symptomfreien Personen differenzieren zu können.

Die Trennschärfen fielen insgesamt zufriedenstellend aus, wobei diejenigen Skalen, die die klassische PTB-Symptomatik erfassten, psychometrisch günstiger ausfielen, als diejenigen Skalen, welche die über die Grenzen der klassischen PTBS hinausgehende Symptomatik erfassten. Nicht akzeptable Trennschärfen können als Indiz dafür interpretiert werden, dass einige Skalen eine nicht adäquate Differenzierungsfähigkeit aufweisen. Die divergente und die konvergente Konstruktvalidität fielen zufriedenstellend aus, ebenso die retrospektive Kriteriumsvalidität. Es fiel auf, dass kein Zusammenhang zwischen der klassischen PTB-Symptomatik gemessen via TSI und derselben gemessen via Short Screening Scale (SSS; Siegrist & Maercker, 2010) nachgewiesen werden konnte. Hierfür könnten mehrere mögliche Erklärungen beachtet werden: erstens sind vor allem Intrusionen kennzeichnend für die klassische PTB-Symptomatik. Intrusionen (B-Kriterium) werden jedoch per SSS nicht erhoben (nur C- und D-Kriterien). Eventuell wurde so ein Hauptbestandteil der klassischen PTB-Symptomatik nicht erhoben, was mit-ursächlich für die nicht gefundenen Zusammenhänge sein könnte. Zweitens könnten die klassische PTBS und die komplexe PTBS als zwei distinkte und voneinander unabhängige Störungseinheiten aufgefasst werden, wobei eine KPTBS

auch ohne vorliegende klassische PTBS diagnostiziert werden könnte (Maercker, Brewin & Bryant, in Druck). Somit bestände keine Überlappung zwischen klassischer und komplexer PTBS, sondern beide wären gleichgestellt oder übergeordnet, beide stellten je eine separate Störungseinheit dar. Drittens könnte es sich um ein methodisches Artefakt handeln.

Die konfirmatorische Faktorenanalyse via Strukturgleichungsmodell – überprüft wurde das 3-Faktoren-Modell des Originalautors Briere (1995) sowie ein alternatives 3-Faktoren-Modell aus Italien (Gambetti et al., 2011) – konnten durch diese Analyse nicht hinreichend unterstützt werden. Daher wurde post hoc eine explorative Faktorenanalyse berechnet, welche ein 2-Faktoren-Modell favorisierte. Dabei stellte die klassische PTB-Symptomatik einen ersten und die Zusatzsymptomatik einen zweiten Faktor dar.

Summa summarum deutet vieles darauf hin, dass das TSI ein nützliches Instrument darstellt um die komplexe Folgesymptomatik nach komplexer Traumatisierung zu erfassen. Gerade auch im klinischen Alltag und im Hinblick auf eine symptomorientierte und individuelle Therapieplanung kommt diesem Selbstratinginstrument eine besondere Bedeutung zu. Jedoch bestehen im theoretischen Bereich sowie im direkten Anwendungsbereich noch eine Unklarheiten, welche durch zukünftige Studien angegangen werden sollten.

6.3 PUBLIKATION 3: CHILDHOOD TRAUMA AND COMPLEX PTSD IN LATER LIFE: THE ROLE OF SOCIAL-INTERPERSONAL FACTORS

Potentiell traumatische Ereignisse in der Kindheit sind mit langfristigen Konsequenzen assoziiert. Gerade multiple traumatische Ereignisse stellen das „typical picture of childhood abuse“ (Cloitre et al., 2006, S. 4) dar und werden mit einer Reihe negativen Gesundheits-Outcomes assoziiert (Springer et al., 2003). Eine kürzlich erfolgte Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwies darauf,

dass Kindheitstraumata über die gesamte Lebensspanne hinweg eine Reihe von Störungen begünstigen (Kessler, McLaughlin, Greif Green, Gruber, Sampson, Zaslavsky et al., 2010). Analog dazu zeigten zwei andere Studien, dass über ein halbes Jahrhundert nach Traumaexposition 11% über PTB-Symptomatik (Kuwert et al., 2007), sowie in erhöhtem Ausmass über Angst, geringere Resilienz und geringere Lebenszufriedenheit berichteten (Kuwert et al., 2009). Jedoch sind bis anhin die zugrundeliegenden Mechanismen wenig verstanden.

Eine mögliche Konsequenz von schwerwiegender Traumatisierung während der Kindheit stellt nach Judith Herman (1992; 2006) die komplexe PTBS dar. Dieses Störungskonzept postuliert, dass Typ-2-Traumatisierungen ein klinisches Bild evozieren, das die klassische PTB-Symptomatik beinhaltet, darüber hinaus aber über die Grenzen eben dieser hinaus geht. Sprich, es bestehen zudem affektive und interpersonelle Selbst-Regulations-Probleme, und zwar in den Bereichen Angst, Ärger, Dissoziation, Aggression und sozialem Verhalten (Cloitre, Stolbach, Herman, van der Kolk, Pynoos, Wang et al., 2009; Herman, 1992). In den gegenwärtigen Revisionsprozessen hin zum International Classification of Disease 11 (ICD-11; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, van Ommeren et al., in Druck) spielt dieses Störungskonzept erneut eine Rolle, wie schon in der Revision des ICD-10.

Die dritte der drei Dissertationspublikationen untersuchte, ob traumatischer Stress in der Kindheit im Sinne von Typ-2-Traumatisierung mit entsprechender Folgesymptomatik beim heute älteren Individuum zusammenhängt. Sprich: ist ein solcher Langzeit-Effekt nachweisbar? Darüber hinaus, ob eine Reihe theoretisch selektierter sozial-interpersoneller Faktoren von Bedeutung sind, im Einklang mit dem sozio-interpersonalen Kontext-Modell (Maercker & Horn, 2012). Agieren eine Reihe sozial-interpersoneller Faktoren als Mediatoren?

Diese Studie baute auf derselben Stichprobe wie die zweite Publikation auf. Somit bestand die Stichprobe aus 116 ehemaligen Verding- und/oder Heimkindern, mit einem Durchschnittsalter von 77 Jahren.

Hypothesengerecht zeigten sich langfristige Zusammenhänge zwischen dem Erleben traumatischer Ereignisse in der Kindheit sowie komplexer PTB-Symptomatik im Alter. Es kam zu signifikanten Assoziationen mit ängstlicher Erregung, Depression, Wut/Irritierbarkeit, intrusiven Erfahrungen, abwehrender Vermeidung, Dissoziation, sexueller Besorgnis und beeinträchtigter Selbstwahrnehmung. Weiter zeigte sich, dass traumaspezifische sozial-interpersonelle Faktoren, analog zur ersten Publikation, direkt und proximal mit der KPTB-Symptomatik assoziiert sind. So agierten erlebte Wertschätzung sowie dysfunktionaler Disclosure hinsichtlich einiger KPTBS-Deskriptoren als Mediatoren: Beide medierten jeweils die Assoziation zwischen traumatischem Stress in der Kindheit und Depression, Wut/Irritierbarkeit und beeinträchtigter Selbstwahrnehmung. Die traumaunspezifischeren sozial-interpersonellen Faktoren soziale Unterstützung, Vergebung und Einsamkeit korrelierten nicht mit traumatischem Stress in der Kindheit, sodass sie als Mediatoren nicht in Frage kamen und dahingehend nicht weiter untersucht wurden. Jedoch standen sie in Zusammenhang mit einigen KPTBS-Deskriptoren. Dies bedeutet, dass sie, obgleich eine weniger zentrale Rolle spielend als traumaspezifische Faktoren, dennoch von grossem Wert hinsichtlich therapeutischen Interventionen beim älteren Individuum sind – jedoch pauschaler und in geringerem Ausmass notwendigerweise vor dem Hintergrund von Traumaexposition in der Kindheit.

Es lässt sich folgern, dass sich traumatischer Stress in der Kindheit als dermassen weichenstellend erweist, dass er sich bis ins Alter im Sinne von komplexer PTB-Symptomatik nachweisen lässt, was im Einklang mit den Befunden anderer Autoren steht (Kessler et al., 2010; Kuwert et al., 2007; Kuwert et al., 2009).

Sozial-interpersonelle Faktoren spielen zudem eine wichtige Rolle für das ältere Individuum, sowohl traumaspezifische, welche als Mediatoren agieren (erlebte Wertschätzung, dysfunktionaler Disclosure), als auch traumaunspezifische, welche im Zusammenhang mit traumaspezifischeren Faktoren (soziale Unterstützung, Vergebung, Einsamkeit) sowie der heutigen Symptomatik stehen.

7. DISKUSSION

Vorgängige Studienergebnisse, sowie meta-analytische Ansätze und theoretische Überlegungen deuten darauf hin, dass potentiell traumatische Ereignisse in der Kindheit im Sinne von Typ-2-Traumatisierung in langfristig negativen Konsequenzen resultieren. Dem Störungskonzept der komplexen PTBS kommt dabei eine besondere Bedeutung zu und stellt eine mögliche Langzeitfolge dar. Darüber hinaus erweckt es den Anschein, dass die Entwicklung sozial-interpersoneller Faktoren davon beeinträchtigt wird und sich somit langfristig negativ auf das traumabetroffene Individuum auswirkt. Dabei hinterlassen traumaspezifische sozial-interpersonelle Faktoren wie erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure den Eindruck eine grössere Rolle zu spielen als traumaunspezifische wie generelle soziale Unterstützung, Vergebung und Einsamkeit. Das vorliegende Dissertationsprojekt untersuchte den langfristigen Effekt von Kindheitstraumatisierung über die Lebensspanne hinweg auf das nun ältere Individuum und richtete einen zusätzlichen Fokus auf eine Reihe theoretisch selektierter, sowohl traumaspezifische als auch -unspezifische sozial-interpersonelle Faktoren.

Es war bis anhin keine Studie bekannt, welche den Effekt von Kindheitstraumatisierung hinsichtlich komplexer PTBS und die Rolle von sozial-interpersonellen Faktoren in einer älteren Stichprobe untersuchte. Die erste

Publikation evaluierte die Rolle von erlebter Wertschätzung, dysfunktionalem Disclosure, genereller sozialer Unterstützung und Vergebung in einer Stichprobe von Typ-1-Traumatisierung Betroffener älterer Erwachsener, und zwar pfadanalytisch. Die zweite Publikation war weichenstellend für die dritte Publikation, indem sie das dazu notwendige Instrumentarium, das Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, 1995) ins Deutsche übersetzte und evaluierte. Dabei fanden sich insgesamt überzeugende Testgütekriterien. Die dritte Publikation schliesslich verwendete das TSI als Outcome-Instrument in einer Stichprobe ehemaliger Verding- und/oder Heimkinder. Diese Stichprobe stellte gemäss den Ergebnissen eine Hochrisikogruppe für Traumafolgestörungen dar. Einerseits wurde der Fokus auf die Assoziation zwischen traumatischem Stress in der Kindheit und komplexer PTB-Symptomatik beim älteren Individuum gelegt. Andererseits auf die Rolle von erlebter Wertschätzung, dysfunktionalem Disclosure, genereller sozialer Unterstützung, Vergebung und Einsamkeit und deren spezifischer Rolle innert dieses Wirkungsgefüges. Die aus diesem Dissertationsprojekt entstandenen Hauptergebnisse werden folgend diskutiert.

7.1 LEBENSSPANNENEFFEKT?

Dieser Abschnitt geht der Frage nach, ob zwischen potentiell traumatischen Ereignissen in der Kindheit und komplexer Symptomatik nach Typ-2-Traumatisierung beim älteren Individuum ein Lebensspanneneffekt besteht. Dieser Frage ging die dritte Publikation nach (Krammer et al., eingereicht). Gemäss den gewonnenen Ergebnissen bestehen in der Tat langfristige Zusammenhänge, und zwar zwischen traumatischem Kindheitsstress und den komplexe PTBS Deskriptoren ängstliche Erregung, Depression, Wut/Irritierbarkeit, intrusive Erfahrungen, abwehrende Vermeidung, Dissoziation, sexuelle Besorgnis und beeinträchtigte Selbstwahrnehmung. Kein Zusammenhang bestand zwischen traumatischem

Kindheitsstress und dysfunktionalem Sexualverhalten resp. Spannungsabbau-Verhalten.

Die soeben beschriebenen Zusammenhänge mit acht der zehn getesteten Deskriptoren für die komplexe PTBS können in zwei Gruppen differenziert werden: einerseits in eine klassische PTB-Symptomatik (ängstliche Erregung, Depression, Wut/Irritierbarkeit, intrusive Erfahrungen und abwehrende Vermeidung) und andererseits in über die klassische PTBS hinausgehende Symptomatik (Dissoziation, sexuelle Besorgnis und beeinträchtigte Selbstwahrnehmung). Die scheinbar über die Lebensspanne hinweg gefundenen Zusammenhänge zwischen traumatischem Stress in der Kindheit und heutiger klassischer PTB-Symptomatik stehen im Einklang mit vorangegangenen Studienergebnissen. So konnte eine PTBS gemäss einem kürzlich erschienenen Review als lebensgeschichtlich erworbenes, reaktives Störungsbild bei ehemals vom Holocaust Betroffenen verglichen mit Nicht-Betroffenen in einem erhöhten Ausmass festgestellt werden (Barel, van Ijzendoorn, Sagi-Schwartz & Bakermans-Kranenburg, 2010). Damit einhergehend zeigte eine Studie mit heute älteren Personen, welche in den deutschen Kriegsjahren vor sechzig Jahren aufgewachsen waren, dass aktuell 10.8% die Kriterien für eine klassische PTBS erfüllten (Kuwert et al., 2007). Eine ähnlich aufgebaute Studie mit heute älteren Personen, welche vor 50 Jahren während des Zweiten Weltkrieges aus ihrer Heimat vertrieben worden waren, bestätigte diese Langzeiteffekte (Fischer, Struwe & Lemke, 2006).

Für drei der zehn getesteten komplexe PTB-Deskriptoren, welche diejenige Symptomatik erfassten, welche über die Grenzen der klassischen PTBS hinausgehen, konnten Zusammenhänge mit vorangegangenen traumatischen Ereignissen in der Kindheit festgestellt werden, nämlich: Dissoziation, sexuelle Besorgnis und beeinträchtigte Selbstwahrnehmung. Diese drei Zusammenhänge

lassen sich ein Stück weit in bereits bestehende Literatur einbetten, was die nun folgenden Abschnitte bezwecken.

Dissoziation wird nach dem Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, 1995) als dissoziative Symptomatologie im Sinne von Depersonalisation, Derealisation, “out-of-body” Erfahrungen sowie psychisches Abstumpfungserleben beschrieben. Empirisch konnte dissoziatives Erleben auf schwierige Kindheitserlebnisse rückgeführt werden. So bestand nach einer Studie, welche einen Vergleich zwischen weiblichen Holocaust-Überlebenden und einer Kontrollgruppe anstrebte, eine relevant höhere Ausprägung dissoziativer Symptome bei Ersteren (Fridman, Bakermans-Kranenburg, Sagi-Schwartz & van Ijzendoorn, 2011). Dies passte zudem zu den bereits dargestellten Zusammenhängen mit klassischer PTB-Symptomatik, denn dissoziative Phänomene stehen mit diesen in Zusammenhang. Dies zeigte eine Studie mit Holocaust-Überlebenden, bei welcher Personen mit PTBS häufiger dissoziative Phänomene aufwiesen als Personen ohne PTBS (Yehuda, Elkin, Binder-Brynes, Kahana, Southwick, Schmeidler et al., 1996). Gemäss einigen Autoren kam der Dissoziation bislang ein zu geringer Stellenwert im posttraumatischen Reaktionsspektrum zu. Denn dissoziative Prozesse seien im Sinne eines abspaltenden Verarbeitungsdefizits grundlegend für posttraumatische Maladaptation. So betrachtet könnte die Dissoziation für die Entstehung einer komplexen PTBS eine essenzielle, bodenlegende und möglicherweise (mit-)ursächliche Rolle einnehmen (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005).

Sexuelle Besorgnis beschreibt gemäss TSI (Briere, 1995) sexuelle Unbefriedigung, sexuelle Dysfunktion und unerwünschte sexuelle Gedanken oder Gefühle. Gemäss der zweiten Publikation zur Validierung des TSI hing sexuelle Besorgnis subskalenspezifisch signifikant mit körperlichem Missbrauch und körperlicher Vernachlässigung zusammen – nicht aber mit emotionalem und

sexuellem Missbrauch oder emotionaler Vernachlässigung. Sexuelle Besorgnis wird somit nach diesen Daten vor allem durch körperliche Gewalt- resp.

Vernachlässigungserfahrung angefacht. Dies erstaunte, schliesslich beschreiben Modelle, wie z.B. dasjenige zur Entstehung und Aufrechterhaltung von sexuellen Störungen nach Gromus (2002) sowie Kockott und Fahrner (2000) sexuelle Traumatisierung, negative sexuelle Erfahrungen und sexuell ungünstige Sozialisation als auslösende Faktoren – nicht jedoch körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung. Richert-Appelt (2001) beschrieb aus psychodynamischer Sichtweise Konflikte in der Kindheit als auslösende Momente und bot so eine etwas breitere Perspektive, die jedoch viel Interpretationsspielraum erlaubt.

Zudem war erstaunlich, dass kein signifikanter Zusammenhang mit dysfunktionalem Sexualverhalten festgestellt werden können. Diese Skala des TSI (Briere, 1995) beschreibt sexuelles Verhalten, das dysfunktional oder problematisch ist, weil es promiskuitiv ist, Schwierigkeiten verursacht, als Mittel gegen Einsamkeit oder generell Stress eingesetzt wird oder sexuellen Kontakt mit inadäquaten Sexualpartnern beinhaltet. Es scheint, dass Personen mit traumatischem Stress in der Kindheit auf der Verhaltensebene wenig Beeinträchtigung zeigen – jedoch auf der Ebene von Emotionen und Kognitionen, in diesem Falle sexueller Besorgnis. Dies steht nicht im Einklang mit anderen Studien, bspw. gemäss einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in Deutschland. Dabei fand sich, dass frühere sexuelle Missbrauchserfahrungen durchaus späteres sexuelles Desinteresse begünstigten – vor allem bei Frauen (Beutel, Stöbel-Richter, Daig & Brähler, 2008). Es erweckt den Eindruck, dass eine Geschlechtsspezifität vorhanden ist. Bei genauerer Betrachtung der durchgeführten Analysen fällt passend dazu auf, dass dysfunktionales Sexualverhalten vom jeweiligen Geschlecht abzuhängen scheint (Supplementary file 3 in Krammer et al., in Druck a). Männer

berichteten diese Symptomatik häufiger als Frauen. Dies steht im Einklang mit der Standardisierungs-Stichprobe des Originalautors des TSI (Briere, 1995), wo ältere Männer (N = 158) ebenfalls höhere Mittelwerte für dysfunktionales Sexualverhalten (sowie tendenziell auch sexuelle Besorgnis) verzeichneten als ältere Frauen (N = 120). Vielleicht ist es so, dass Sexualität im Alter für Männer ein zentraleres Thema darstellt als für Frauen, was möglicherweise ein erhöhtes Schildern ebensolcher Symptomatik begünstigte. Wahrscheinlich liegen unterschiedliche Mechanismen zugrunde, die je nach Geschlecht und zugrundeliegendem Kindheitstrauma andersartig agieren und somit die vorliegenden, unklaren Befunde erzeugten. Zudem muss von einer Multideterminiertheit von sexuellen Störungen ausgegangen werden (Hammelstein & Hoyer, 2006), eine Rückführung über die Lebensspanne hinweg auf traumatische Ereignisse in der Kindheit scheint insgesamt schwierig. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erscheint eine weitere Klärung dieses Effekts nicht möglich.

Unter einer beeinträchtigten Selbstwahrnehmung werden gemäss TSI (Briere, 1995) Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Sinn für das eigene Selbst und die persönliche Identität zusammengefasst, dabei sind Identitätskonfusion, Selbst-Andere-Störung und ein Mangel an Selbst-Unterstützung relevante beschreibende Stichworte. Ford und Courtois (2009) beschrieben Störungen der Selbst-Integrität und der Selbst-Regulation ebenfalls als Folgen nach komplexer Traumaexposition. Diese Skala erscheint konstrukttechnisch in besonderer Nähe zur Borderline Persönlichkeitsstörung angesiedelt zu sein (American Psychiatric Association, 2000). Passend schreibt der Originalautor des TSI, dass hohe Werte auf dieser Skala mit Persönlichkeitsstörungen einhergehen (Briere, 1995). Ganz in diesem Sinne zeigt die Assoziation zwischen traumatischen Ereignissen in der Kindheit und dieser Skala, dass erstere profunde und persönlichkeitsbetreffende negative Effekte nach sich ziehen. Diese scheinen über die Lebensspanne hinweg spürbar zu bleiben und auch

im heute älteren Individuum nachweisbar. Dies steht im Einklang mit einer Studie, welche bei $N = 233$ Personen festgestellt hat, dass diejenigen mit Kindheitstraumata in höherem Ausmass beeinträchtigte Selbst-Fähigkeiten berichteten als diejenigen ohne (Deiter, Nicholls & Pearlman, 2000).

Diese Schwierigkeiten im Bereich des Selbst und somit möglicherweise auch im Bereich der Persönlichkeit mag eine Vorbedingung für die später berichteten sozial-interpersonellen Defizite von Trauma Überlebenden darzustellen. Im Einklang damit hing eine beeinträchtigte Selbstwahrnehmung mit einer Reihe im Rahmen dieses Dissertationsprojekts getesteten sozial-interpersonellen Faktoren zusammen, so mit: erlebte Wertschätzung ($r = -.31^{***}$), dysfunktionaler Disclosure ($r = .36^{***}$), Vergebung ($r = -.16$), sozialer Unterstützung ($r = -.23^*$) und wahrgenommener Einsamkeit ($r = .34^{***}$). Damit einher geht auch die die Beziehungsebene betonende Definition von Persönlichkeit nach Fiedler (2001, S. 3): „Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen sind Ausdruck der für ihn charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht.“ Eine beeinträchtigte Selbstwahrnehmung, eine komplexe Persönlichkeitsstruktur sowie sozial-interpersonelle Defizite scheinen eng miteinander verbunden zu sein und mitunter das Resultat komplexer Traumatisierungserfahrungen in der Kindheit darzustellen.

Spannungsabbau-Verhalten wird nach Briere (1995) mittels der Tendenz Spannungen durch externalisierende Methoden, wie Selbst-Verstümmelung, Ausagieren, manipulatives Verhalten oder suizidalen Drohungen, zu beheben beschrieben. Gemäss den vorliegenden Daten besteht kein Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen in der Kindheit. Bei genauerer Betrachtung der

durchgeführten Analysen fällt erneut auf, dass scheinbar Geschlechtseffekte vorhanden sind (Supplementary file 3 in Krammer et al., in Druck a). Ältere Männer scheinen mehr von dieser Symptomatik betroffen zu sein als Frauen. Bei der Betrachtung der in dieser Skala enthaltenen Items könnte diese Skala eventuell auch als externalisierendes Verhalten interpretiert werden. Eine prospektiv angelegte Studie konnte externalisierendes Verhalten in der Kindheit später im Alter von 26 Jahren mit gehäuftem Auftreten von PTBS in Zusammenhang bringen (Koenen, Moffitt, Poulton, Martin & Caspi, 2007). Jedoch sind soweit keine Langzeit-Studien über die Lebensspanne hinweg mit Fokus auf externalisierendes Verhalten im Alter nach Typ-2-Traumatisierung in der Kindheit bekannt. Nach der vorliegenden Arbeit ist es geschlechtsspezifisch durchaus möglich, dass damalige Jungen und heutige ältere Männer dieses Verhalten beibehalten. Dieses externalisierende Verhalten, von Briere (1995) als Spannungsabbau-Verhalten bezeichnet, mag potentiell für das ältere Individuum ein Risikofaktor darstellen, der maladaptive posttraumatische Langzeitfolgen begünstigt insofern, als dass weitere psychopathologische Wege eröffnet werden.

Summa summarum, das gefundene symptomatische Bild kann als relativ heterogen bezeichnet werden. Dies bestätigt scheinbar, dass Typ-2-Traumatisierungen ein andersartiges Set an Symptomen evozieren als Typ-1 (Briere & Rickards, 2007), dass Typ-2-Traumatisierungen eine besondere Pathogenität anhaftet (Ford & Courtois, 2009) – ein Befund, welcher im nun folgenden Abschnitt weiter diskutiert wird – und dass die Grenzen der klassischen PTBS möglicherweise zu eng gefasst, um die langfristige posttraumatische Anpassung nach früh erfolgten komplexen traumatischen Ereignissen adäquat zu erfassen.

7.2 TRAUMASPEZIFISCHE FOLGESTÖRUNG?

Führt Typ-1-Traumatisierung eher zu klassischer PTB-Symptomatik, während Typ-2-eher zu komplexer PTB-Symptomatik führt? Das vorliegende Dissertationsprojekt fand Hinweise für entsprechende Differenzierungen. So konnte sowohl hypothesengerecht ein Zusammenhang zwischen potentiell traumatischen Ereignissen im Erwachsenenalter, die eher dem Typ-1 zugeschrieben werden können, und darauf folgender klassischer PTB-Symptomatik gefunden werden (Publikation 1), als auch ein Zusammenhang zwischen potentiell traumatischen Ereignissen in der Kindheit, die eher dem Typ-2 zugehörig sind, und späterer komplexer PTB-Symptomatik (Publikation 3).

Jedoch muss an dieser Stelle einschränkend hinzugefügt werden, dass die Stichprobe der ersten Publikation, welche klassische PTBS als Folge von Typ-1-Traumatisierung untersuchte, nur tendenziell der Typ-1-Traumatisierung zugeschrieben werden kann. Diese Stichprobe scheint nahe an der Grenze zwischen diesen beiden Traumatisierungs-Typen angesiedelt zu sein. Die Einteilung zu Typ-1 erfolgte auf Basis der folgenden Überlegungen: während der traumatischen Ereignisse waren die politisch Inhaftierten erwachsen. Das Kindheitsalter stellt jedoch eine Phase dar, in welcher negative Ereignisse eine besondere Pathogenität inne zu haben scheinen – wie bereits zuvor in Kapitel „3. Klassische und komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ ausgeführt wurde (z.B. Briere & Rickards, 2007; Ford & Courtois, 2009). Weiter kann davon ausgegangen werden, dass erwachsene Personen im Verlaufe ihres bisherigen Lebens eine Reihe sozial-interpersoneller Ressourcen haben entwickeln können. Kinder jedoch, welche von früh an traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, konnten diese möglicherweise noch nicht entwickeln oder nur in begrenztem Ausmass, sodass sie zum Zeitpunkt der traumatischen Erfahrungen nicht darüber verfügen konnten. So fehlte einerseits

die „Puffer-Funktion“ sozial-interpersoneller Ressourcen, andererseits wurde ihre Entwicklung eingeschränkt (siehe dazu Kapitel „5. Ressourcen“ oder: Cloitre et al., 2006; Erhart et al., 2007; Hobfoll, 1989; Krammer et al., 2013). Wahrscheinlich ist es so, dass Traumatisierungen, wie von Briere und Spinazzola (2005) vorgeschlagen, auf einem Komplexitäts-Kontinuum der PTBS abzubilden sind und nicht immer klar Typ-1 oder Typ-2 zugeordnet werden können, zumindest aber von der Tendenz her.

Insgesamt lässt sich dennoch folgern, dass traumaspezifische Folgestörungen (klassisch resp. komplex) je nach zugrundeliegender Trauma-Art entstehen, wie von Terr (1989; 1991) differenziert. Typ-1-Traumatisierung lässt scheinbar ein andersartiges Set an Symptomen entstehen als Typ-2-Traumatisierung. Dies entspricht dem Postulat von Briere und Rickards (2007), welche nebst anderen anführten, dass komplexer traumatischer Stress in der Kindheit eine andere, heterogenere Symptomatik evoziert, als es Typ-1 vermag. Diese komplexere Symptomatik scheint eher mit dem Störungskonzept der komplexen PTBS nach Herman (1992; 2006) adäquat abgebildet werden zu können. Für eine solche Differenzierung sprachen weiter die Ergebnisse aus der zweiten Publikation, in welcher kein Zusammenhang zwischen der klassischen (gemessen anhand Short Screening Scale für PTBS; Siegrist & Maercker, 2010) und der komplexen PTB-Symptomatik (TSI; Briere, 1995) gefunden werden konnte. Dies spräche dafür, dass es sich bei der klassischen und komplexen PTBS um zwei distinkte Störungen mit traumaspezifischer Ätiologie handelt. Analog dazu zeigte sich auch in der Studie von Ford und Kidd (1998), dass eine Differenzierung zwischen klassischer und komplexer PTBS (in dieser Studie: „Disorders of Extreme Stress not otherwise specified, DESNOS“) Sinn zu machen scheint.

Hierzu bestehen jedoch unterschiedliche Expertenurteile. So wurde die komplexe PTBS in einer für die Revision des ICD-10 durchgeführten Studie als neue

Störungseinheit verworfen, da sie gegenüber der klassischen PTBS zu wenig zusätzlichen Aufklärungswert aufwies (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 1997). Andernorts, durch die Sichtung bisheriger Veröffentlichungen zur komplexen PTBS, wurde geschlossen, dass zurzeit eine Aufnahme dieser Störung in die Kriterienkataloge nicht angebracht sei (Resick, Brovin, Calloway, Dick, King, Mitchell et al., 2012). Vorwiegend, weil bisherige diesbezügliche Forschung das Störungskonzept nicht untermauern konnte. Dagegen argumentierte bspw. Bryant (2012), dass gerade die Einführung einer einheitlichen Diagnose den Weg für diesbezügliche Forschungsbemühungen erst ebnen würde. Die aktuelle Kontroverse hinsichtlich komplexer PTBS wurde in Krammer und Maercker (2012) diskutiert (siehe auch Schmid, Fegert & Petermann, 2010).

Ob und in welcher Form das Störungskonzept der komplexen PTBS Einlass in die neu formierenden Klassifikationssysteme findet, bleibt bis dato offen. Es bedarf sicherlich weiterer Forschung um zu klären, ob die komplexe PTBS überhaupt, und wenn, als der klassischen PTBS untergeordnet oder gleichgestellte Diagnose aufgenommen wird. Die vorliegende Forschungsarbeit unterstützt dieses Störungskonzept und plädiert für eine Aufnahme in DSM-V bzw. ICD-11.

7.3 TRAUMA SYMPTOM INVENTORY (TSI) ZUR ERFASSUNG VON KOMPLEXER PTB-SYMPТОМАТИК?

Nach einer Umfrage bei Mitgliedern der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) stellte das Trauma Symptom Inventory (Briere, 1995) das am meisten verwendete Selbstratinginstrument im klinischen Setting dar, insbesondere nach Typ-2-Traumatisierung (Elhai et al., 2005). Es ist wichtig zu betonen, dass das TSI psychometrisch deskriptiv anhand eines Prozesses der Itemformulierung, -sammlung und -evaluation und nicht als Umsetzung eines theoretischen Konzepts

entwickelt wurde, so wie von Herman (1992; 2006) oder van der Kolk und Kollegen (2005) postuliert.

Die zweite Publikation widmete sich der psychometrischen Validierung des TSI, nachdem dieser von unserer Arbeitsgruppe vom Englischen ins Deutsche übersetzt worden war (basierend auf einer Übersetzungs-Rückübersetzungs-Prozedur¹).

Nach den vorliegenden Studienergebnissen zeigte sich das TSI als mehrheitlich überzeugendes Instrument zur Erfassung von komplexer Traumafolgesymptomatik (Publikation 2). Schwierigkeiten bestanden vor allem hinsichtlich Schwierigkeitsindizes und einigen Trennschärfen. Beide überprüften theoretischen Modelle (Briere, 1995; Gambetti et al., 2011) wiesen suboptimale Fit-Indizes auf, sodass über diese konfirmatorische Faktorenanalyse hinaus post hoc eine exploratorische durchgeführt wurde. Gemäss dieser liegt dem TSI eine zweifaktorielle Struktur zugrunde, nämlich ängstliche Erregung, intrusive Erfahrungen, Depression, inkongruente Selbstwahrnehmung, Dissoziation, Wut/Irritierbarkeit und abwehrende Vermeidung auf Faktor 1 und dysfunktionales Sexualverhalten, sexuelle Besorgnis sowie Spannungsabbau-Verhalten auf Faktor 2. Dafür spräche auch die Überlegung, dass theoretisch betrachtet die komplexe PTB-Symptomatik einerseits aus klassischer PTB-, andererseits aus darüber hinausgehenden Symptomatik besteht – was der Zweifaktorialität dieser exploratorischen Faktorenanalyse entspricht. Insgesamt bedeuten diese Ergebnisse, dass die faktorielle Validität des TSI bis anhin nicht überzeugen konnte, was weiterer Forschung zur Klärung bedarf.

Resümierend kann festgehalten werden, dass das TSI ein geeignetes Selbstrating-Instrument darzustellen scheint, mittels welchem die Symptombelastung nach Typ-2-Traumatisierung erfasst werden kann. Dabei werden eine Reihe von

¹ Mit speziellem Dank an Dr. Moyra Mortby und lic. phil. Livia Pfeifer für ihre Mitarbeit

komplexen PTBS Deskriptoren erfasst. Es bedarf jedoch weiterer Forschung, um einerseits die faktorielle Validität zu klären und zu erhöhen, andererseits sollte dieses US-stämmige Instrument europäischen Besonderheiten angepasst werden. Die tief ausfallenden Schwierigkeits-Indizes könnten dabei entweder als Hinweise auf eine schlechte Passung an den europäischen oder auch an den gerontologischen Kontext aufgefasst werden.

Ein hervorzuhebender Vorteil des TSI ist dessen Symptomorientierung – die Stellung einer Diagnose ist nicht vorgesehen. Eine Orientierung auf die individuelle Symptomatik erlaubt dem klinischen Tätigen eine Individualisierung der Behandlung, die auf die spezifische Ausprägung des jeweiligen Individuums abgestellt ist. Gerade vor dem Hintergrund der zu Heterogenität neigenden komplexen PTB-Symptomatik kann dies als sinnvolle Methodik begriffen werden. Darüber hinaus stellte ein einheitliches Forschungsinstrument erst die Grundbedingung dar um zukünftige Forschungen zum Störungskonzept der komplexen PTBS zu systematisieren und vergleichbar zu machen, analog dem oben aufgeführten Postulat Bryants (2012) nach einer einheitlichen Diagnose entsprechend.

Das mittlerweile neu erschienene TSI-2 (Briere, 2011) stellt eine umfassende Revision des TSI-1 dar. Drei Skalen wurden neu eingeführt (unsichere Bindung, somatische Beschwerden und Suizidalität). Insbesondere der Einbezug der Bindungsskala zur Erfassung des sozial-interpersonellen Bereiches erscheint sinnvoll vor dem Hintergrund dessen, dass sozial-interpersonelle Faktoren zentral für das posttraumatische Geschehen sind (Maercker & Horn, 2012; Morina & Ford, 2008). Jedoch steht die psychometrische Untersuchung auch in englischer Sprache noch aus, eine deutsche Übersetzung ist gegenwärtig in Arbeit.

7.4 SOZIAL-INTERPERSONELLE FAKTOREN RELEVANT FÜR KLASSISCHE SOWIE KOMPLEXE PTBS?

Welche Bedeutung haben oder welche Rolle spielen eine Reihe theoretisch selektierter sozial-interpersoneller Faktoren für das posttraumatische Geschehen? Unterscheidet sich die Relevanz eben solcher Faktoren je nach zugrunde liegender Traumatisierung (Typ-1/Typ-2)? Bestehen spezifische Pfade entlang welcher die salutogene Wirkung bestimmter sozial-interpersoneller Faktoren entfaltet wird? Dies sind die Fragestellungen, deren Diskussion im nun folgenden Abschnitt stattfindet.

Die Relevanz von sozial-interpersonellen Faktoren für das prä-, peri- und posttraumatische Geschehen wurde vorgängig schon durch Meta-Analysen (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003), Reviews (z.B. Charuvastra & Cloitre, 2008), Theorien und Modelle (Cloitre et al., 2006; Maercker & Horn, 2012) sowie zahlreiche empirische Arbeiten hinreichend unterstützt. Sozial-interpersonelle Faktoren wurden zuvor oftmals vernachlässigt, da im posttraumatischen Anpassungsprozess eher auf die intrapsychische Verarbeitung der Traumata fokussiert wurde (siehe dazu Krammer & Maercker, 2012). Sowohl zusammenfassend als auch die nachfolgenden Abschnitte einleitend soll folgendes festgehalten werden: „Frühe traumatische Erlebnisse scheinen die Ausbildung sozialer Ressourcen zu beeinträchtigen. Dies ist vor allem deshalb von Bedeutung, da sozial-interpersonellen Faktoren für eine Reihe psychischer und physischer Störungen eine Schutzwirkung zugeschrieben wird, welche bei geringer Ausprägung dieser protektiven Faktoren entfällt“ (Krammer et al., 2013, S. 385).

Die vorliegende Arbeit fokussierte auf die folgenden sozial-interpersonellen Faktoren, welche im einleitenden Teil dieser Arbeit bereits dargestellt worden sind: erlebte Wertschätzung, dysfunktionaler Disclosure, soziale Unterstützung,

Einsamkeit und Vergebung. Es handelt sich dabei um auf der Basis theoretischer Überlegungen und vorgängiger empirischer Befunde selektierte Faktoren.

Die Befunde dieses Projekts zeigten, dass in der Tat sozial-interpersonelle Faktoren für die klassische (Publikation 1) wie auch für die komplexe PTBS (Publikation 3) eine zentrale Rolle spielen und bedeutungsvoll für das posttraumatische Geschehen sind. Hinsichtlich klassischer PTB-Symptomatik erwies sich erlebte Wertschätzung, dysfunktionaler Disclosure, soziale Unterstützung sowie Vergebungstendenz (aber nicht -einstellung) als mit Intrusion resp. mit Hyperreaktivität assoziiert, während lediglich erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure mit Vermeidung assoziiert waren (Publikation 1). Ähnlich hypothesengerecht zeigten sich die Ergebnisse hinsichtlich komplexer PTBS. So standen diejenigen Skalen, welche innerhalb des Instruments zur Erfassung komplexer Folgesymptomatik die klassische PTB-Symptomatik erhoben, allesamt in Zusammenhang mit erlebter Wertschätzung, dysfunktionalem Disclosure, Einsamkeit und grösstenteils mit sozialer Unterstützung (Ausnahme: Wut/Irritierbarkeit). Vergebung war innerhalb des klassischen PTBS-Bereiches lediglich mit Wut/Irritierbarkeit und abwehrender Vermeidung assoziiert. Hinsichtlich der über die Grenzen der klassischen PTBS hinausgehenden Symptomatik zeigte sich dasselbe Muster für erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure: beide Faktoren waren mit beeinträchtigter Selbstwahrnehmung und Spannungsabbau-Verhalten assoziiert – aber nicht mit sexueller Besorgnis und dysfunktionalem Sexualverhalten. Soziale Unterstützung und Einsamkeit waren nur mit beeinträchtigter Selbstwahrnehmung, Vergebung nur mit dysfunktionalem Sexualverhalten assoziiert (Publikation 3). Warum diese Unterschiede bestehen, kann gegenwärtig nicht geklärt werden.

Pfadanalytisch konnten vorgängige Studienergebnisse mit Studienteilnehmenden aus anderen Populationen repliziert und anhand zwei weiterer Indikatoren sozialen Wohlbefindens ergänzt werden (Maercker et al., 2009b; M. Müller et al., 2011). So zeigten sich erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure als proximaler und von direkterer Traumareaktions-Spezifität als soziale Unterstützung und Vergebung, welche distal und indirekt auf die klassische PTB-Symptomatik wirkten (Publikation 1). Dies ist auch deshalb von Interesse, da bis anhin mehrheitlich und diesen und ähnlichen Studienergebnissen zufolge auf weniger traumaspezifische sozial-interpersonelle Faktoren hinsichtlich des posttraumatischen Geschehens fokussiert worden war (Brewin et al., 2000; Charuvastra & Cloitre, 2008; Ozer et al., 2003). Dagegen scheint es von grosser Nützlichkeit zu sein die Traumaspezifität der daraufhin therapeutisch einsetzbaren Wirkmechanismen zu beachten.

Diese Überlegungen konnten auch dadurch untermauert werden, dass sich die traumaspezifischen Faktoren erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure für zumindest einen Teil der komplexen PTB-Symptomatik als partielle Mediatoren herausstellten, die weniger traumaspezifischen Faktoren jedoch nicht (Publikation 3).

Ergo: Die Verknüpfung dieser Befunde verweist auf die Notwendigkeit der Differenzierung innert sozial-interpersoneller Faktoren, denn die Relevanz einzelner Faktoren für die klassische wie komplexe PTB-Symptomatik fällt unterschiedlich aus, ist aber in beiden Fällen klar vorhanden. Es bestehen Unterschiede hinsichtlich Wirkung, welche therapieplanerisch von Bedeutung sind. Durch das Wissen um die Traumaspezifität und Wirkungsmacht sozial-interpersoneller Faktoren, durch die Möglichkeit differenzieren zu können, sind spezifischere und individuellere

Behandlungsprogramme möglich, die es erlauben den Patienten in seiner posttraumatischen Symptomatik da abzuholen, wo er steht.

7.5 EINORDNUNG DER UNTERSUCHTEN SOZIAL-INTERPERSONELLEN FAKTOREN IN DAS SOZIO-INTERPERSONELLE KONTEXT-MODELL VON MAERCKER UND HORN (2012)

Der vorliegenden Arbeit zugrundeliegend und theoretisch wegbereitend war vor allem das sozio-interpersonelle Kontext-Modell von Maercker und Horn (2012). Dieses wurde im einleitenden Teil dieser Arbeit bereits präsentiert (s. Abb. 2). Kurz zusammengefasst stellt dieses ein ergänzendes Modell für bereits etablierte Trauma-Modelle dar und fasst in Anlehnung an sog. Kontextmodelle der Psychologie die individuelle Anpassungsleistung, welche zwischen einer Traumatisierung und dem daraus folgenden Ergebnis steht, als mehr-schichtig auf. Dabei postuliert es eine Gliederung sozial-interpersoneller Prozesse auf drei Ebenen. Die vorliegende Dissertation untersuchte nicht alle in diesem Modell als relevant für die klassische PTBS erachteten Faktoren, sondern fokussierte auf eine Selektion resp. eine Ergänzung. Im Folgenden sollen die hier untersuchten Faktoren in das sozial-interpersonelle Kontext-Modell eingebettet werden.

Es wurden Faktoren aus jeder der drei Ebenen des Modells untersucht. Auf der äussersten Ebene, derjenigen, die sich des distalen sozialen Kontexts annimmt, wurde die erlebte Wertschätzung als Opfer resp. Überlebender (siehe dazu Diskussion in Krammer & Maercker, 2012) untersucht. Auf der mittleren Ebene, derjenigen, die sich nahen sozialen Beziehungen annimmt, wurden dysfunktionaler Disclosure sowie soziale Unterstützung extrahiert und untersucht. Auf zwei weitere sozial-interpersonelle Faktoren wurde im Rahmen dieser Arbeit fokussiert und diese werden nun auf der Basis der Studienergebnisse als Ergänzung für das Modell vorgeschlagen. So soll Vergebung als interpersonelle Strategie der mittleren Ebene und Einsamkeit als individuelle sozial-affektive Reaktion der innersten Ebene

hinzugefügt werden. Abbildung 3 präsentiert das erweiterte sozial-interpersonelle Kontext-Modell und hebt diejenigen Faktoren hervor, die hier repliziert (in blau) resp. ergänzt wurden (in rot).

Auf einen Befund soll hier gesondert eingegangen werden. So postulierte das Modell (Maercker & Horn, 2012) unter anderem, dass die Ebenen Beziehungen untereinander zuliessen. Sodass Faktoren der einen Ebene diejenigen aus anderen Ebenen beeinflussen und umgekehrt. Dieses Postulat konnte anhand der vorliegenden Ergebnisse ein Stück weit bekräftigt werden insofern, als dass tatsächlich komplexe Wirkungsmechanismen zu bestehen scheinen – wie pfadanalytisch festgestellt. Die drei Ebenen des Modells sind somit nicht voneinander unabhängig, zwar distinkt, aber miteinander in komplexer Beziehung.

Eine weitere Spezifität dieser Arbeit war, dass das diesem Modell zugrundeliegende Postulat, nämlich der zentrale Stellenwert sozial-interpersoneller Faktoren für das posttraumatische Geschehen, erstmalig von der klassischen auf die komplexe PTB-Symptomatik übertragen worden war. Einerseits konnte dies ansatzweise in der ersten Publikation für die klassische PTBS aufgezeigt werden, darüber hinaus andererseits in der dritten Publikation für die komplexe PTB-Symptomatik. Darüber hinaus wurden Aspekte dieses Modell erstmalig auf den gerontologischen Kontext übertragen (Publikation 3).

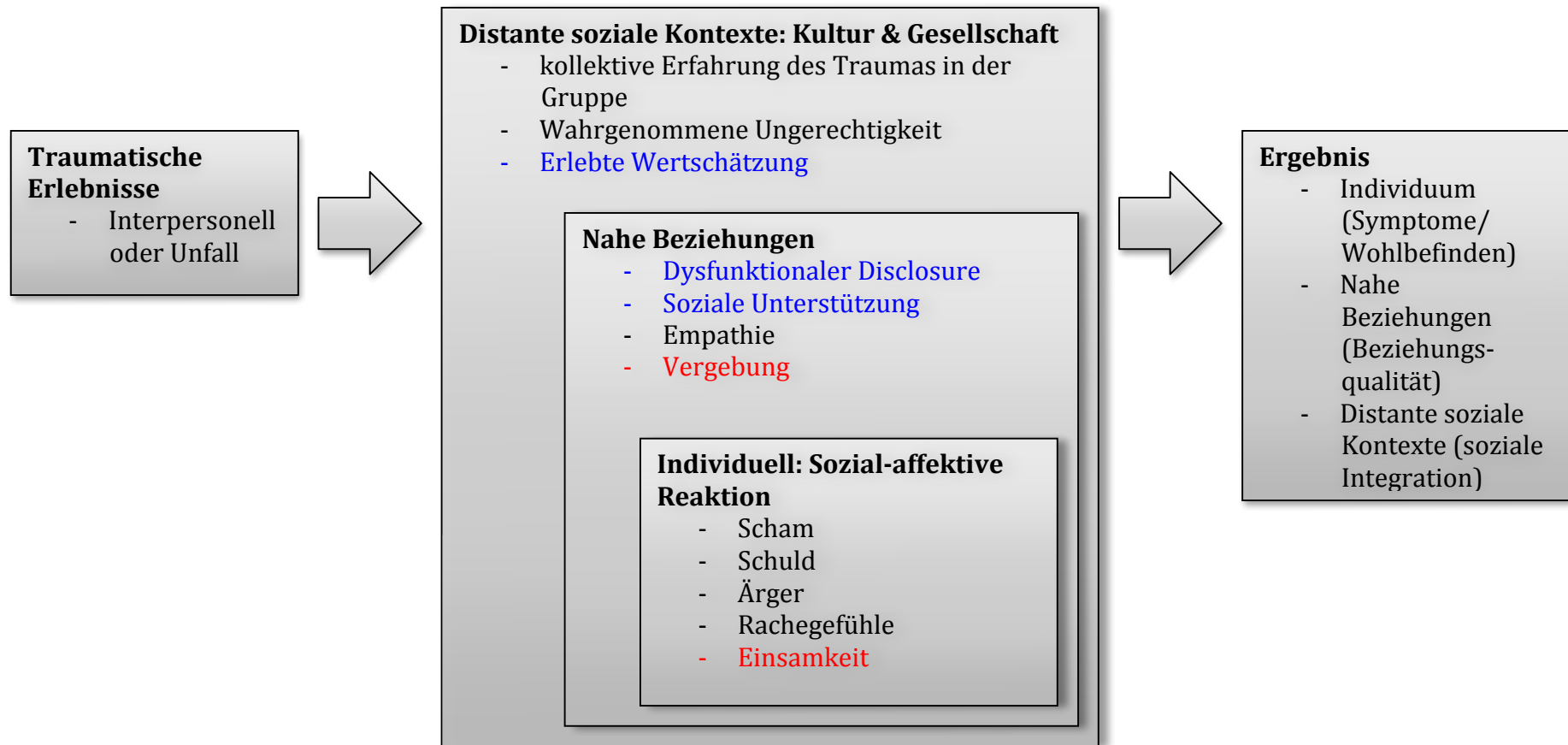


Abb. 3 Einbettung der Dissertationsergebnisse in das sozio-interpersonelle Kontext-Modell

7.6 EINSCHRÄNKUNGEN

Das vorliegende Dissertationsprojekt weist eine Reihe von Einschränkungen auf. Die einzelnen publikationsspezifischen Einschränkungen wurden bereits an entsprechender Stelle diskutiert (in den Publikationen: siehe Anhänge 1-3), sodass im Folgenden lediglich die generellen bzw. zentralsten Einschränkungen Raum finden.

Kausalität und Linearität. Jede der drei Studien weist ein querschnittliches Design auf. Gerade in gerontologischen Studien mit Fokus auf Kindheitserlebnisse stellt das Design eine generelle Problematik dar, da meistens aus vielerlei Gründen (Ethik, Praktikabilität, etc.) ein retrospektives anstelle eines prospektiven Studiendesigns verwendet wird. Im Falle von Publikation 2 und 3, welche beide auf einer Stichprobe mit Verding- und/oder Heimkindern beruhen, bedeutet dies, dass die erhobene Traumatisierung mindestens ein halbes Jahrhundert zurück liegt. Dabei existieren eine Reihe von Störvariablen, die nicht unerwähnt bleiben sollen:

Generelle Gedächtniseffekte, Positionseffekte, Abneigung gegenüber Selbstoffenbarung, Dissimulation, Symptommaskierung durch Alkohol, Drogen oder Medikamente, kognitive, motorische oder sensorische Einschränkungen (Cook & O'Donnell, 2005; Gunzelmann & Oswald, 2002; Huber, 2002; Laney & Loftus, 2005; Weintraub & Ruskin, 1999; siehe auch Krammer & Maercker, 2012). Im Falle von Publikation 1, welche auf einer Stichprobe mit ehemals politisch Inhaftierten zur Zeit der DDR aufbaut, bestehen grundsätzlich dieselben Probleme, jedoch liegen die erlebten potentiell traumatischen Erlebnisse durchschnittlich nicht ein halbes, sondern ein Viertel-Jahrhundert zurück (Dauer seit Entlassung aus Gefängnis). Zudem besteht in psychotraumatologischen Studien stets ein systemimmanenter Fehler insofern, als dass posttraumatische Folgen mit Vermeidungsverhalten einher

gehen. Dies kann dazu führen, dass getätigte Angaben nicht immer vollständig ausfallen oder entsprechend belastete Personen nicht teilnehmen.

Exkursorisch folgendes: Eine retrospektive Datenerhebung geht nicht zwingend mit geringerer Reliabilität einher. Zwei Reviews widmeten sich dieser Thematik und besagten, dass retrospektive Befragungen insbesondere dann reliabel und valide sind, wenn nach Vor- resp. Nichtvorkommen eines bestimmten Erlebnisses gefragt wird (Brewin, Andrews & Gotlib, 1993; Hardt & Rutter, 2004). Weiter wurde andernorts argumentiert, dass die Verwendung eines pro- resp. retrospektiven Designs nicht mit wesentlichen Differenzen bei der Erfassung von aversiven Kindheitserlebnissen einher geht (Brewin et al., 2000).

Bei der Interpretation der vorliegenden Studienergebnisse ist der querschnittliche Charakter der Studie zu beachten. Dennoch scheint es, dass Studien im psychotraumatologischen Bereich, so wie die vorliegende, eine gewisse Chronizität unterstellt werden kann. Das potentiell traumatische Ereignis ist per se der Folgesymptomatik zeitlich vorgeschaltet. Weiter verwiesen vorgängige Studien auf analoge Studienergebnisse, der theoretische Rahmen war somit gegeben. Demgemäss scheint es, dass theoretisch Spekulationen über die Kausalität getätigt werden können, obgleich kein Längsschnitt-Design vorliegt – mit gegebener Vorsicht.

Diese Überlegungen beziehen sich jedoch lediglich auf diejenigen Analysen, in welchen die traumatischen Kindheitsereignisse Teil waren. Und auch hier kann nicht von linearer Kausalität ausgegangen werden, sprich es kann keine singuläre und direkte Prädiktion von komplexer PTB-Symptomatik im Alter durch Kindheitstraumata unterstellt werden. Denn langfristige Zusammenhänge implizieren, dass Mediatoren vorhanden sind, die diese Zusammenhänge erst vermitteln (Kessler et al., 2010). Bereits die immense Komplexität der Folgesymptomatik nach Kindheitstraumatisierung verweist auf die Tatsache, dass von einem einfachen,

linearen Ursache-Wirkungs-Prinzip abzusehen ist (Schwarz, McNally & Yeh, 1998). Die Psyche ist kein inaktiver Mechanismus, sprich: niemand ist den Vorkommnissen des eigenen Lebens vollkommen passiv ausgeliefert. Es findet stets eine individuelle Verarbeitung statt, was lineare Zusammenhänge per se verhindert (Lear, 1996; Streeck-Fischer, 2006).

Das vorliegende Dissertationsprojekt fokussierte auf eine Reihe sozial-interpersoneller Faktoren als potentiell vermittelnd. Dabei wurden mögliche weitere Ereignisse, die sich zwischen der Kindheitstraumatisierung und der heutigen Folgesymptomatik möglicherweise ereigneten, ignoriert. Doch schon Freud (1950; zit. nach Streeck-Fischer, 2006) betonte, dass die Untersuchung spezifischer Konstrukte mit der Ignoranz anderer einhergeht, was eine generelle Beschränkung von psychologischen Studien darstellt. Kurz zusammenfassend lässt sich punkto Kausalität folgern, dass das kausale Moment in den zugrundeliegenden traumatischen Ereignissen zu finden ist, dass jedoch gleichsam eine Reihe weiterer Faktoren den langfristigen Einfluss auf die individuelle Folgesymptomatik im Alter beeinflusst haben (prä-, peri- und posttraumatisch; analog zum multifaktoriellen Rahmenmodell von Maercker; 2009), in einem Ausmass, das gegenwärtig nicht einzuschätzen ist.

Weiter soll gemäss Holmbeck (1997) bei Mediationsanalysen beachtet werden, dass eine bidirektionale Beziehung möglich ist. Durch das vorliegende querschnittliche Design ist es möglich, dass die beiden gefundenen partiellen Mediatoren erlebte Wertschätzung sowie dysfunktionaler Disclosure genauso gut die Kriterien dieser Analysen darstellen könnten, und die komplexe PTB-Symptomatik die jeweiligen Mediatoren. Rein theoretisch und auf dem sozio-interpersonellen Kontext-Modell von Maercker und Horn (2012) aufbauend wird in der vorliegenden Arbeit diese alternative Perspektive verworfen.

Schliesslich soll punkto Kausalität nicht unerwähnt bleiben, dass prädiktive und vermittelnde Effekte nach Stichprobe und weiterer studienspezifischen Faktoren variieren können. Dementsprechend soll von einem generellen Vulnerabilitäts-Modell für (klassische und komplexe) PTBS abgesehen werden, das omnibusartig für alle Traumabetroffenen Gültigkeit besitzt. Obgleich in der vorliegenden Arbeit scheinbar kausale Effekte haben benannt werden können, können diese nicht per se auf andere Stichproben übertragen und generalisiert werden (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003).

Störungskonzept komplexe PTBS. Ein zentrales Outcome dieser Arbeit war das Störungskonzept der komplexen PTBS nach Herman (2006) resp. nach der testpsychologischen Umsetzung von Briere (1995). Wie bereits einleitend zu dieser Arbeit dargestellt, ist die Einführung dieses Konzepts in die sich neu formierenden Klassifikationskataloge mit Vorteilen behaftet, auch wenn einzelne Autoren dagegen argumentieren (z.B. Resick et al., 2012; konträr dazu: Bryant, 2012; siehe auch Diskussion in: Krammer et al., 2013). Diese relativ neue Konzeptualisierung und Ausformierung einer möglichen zukünftigen Diagnose erscheint detailliert und elaboriert und eröffnet die Möglichkeit spezifischere Behandlungsmanuale für Typ-2-Traumatisierungs-Betroffene zu entwickeln. Erst die exakte Deskription des Störungsbildes anhand der Klassifikationskataloge erlaubt dessen Erforschung (Bryant, 2012) und eröffnet neue Wege hinsichtlich Therapieplanung. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt stellt die komplexe PTBS jedoch (noch) keine akzeptierte Diagnose dar. Zudem kann sich die genaue Ausgestaltung, sollte es denn zu einer Aufnahme in die Klassifikationskataloge kommen, ändern. Entsprechend können die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lediglich vorläufigen Charakter annehmen.

Damit einhergehend soll abschliessend ausdrücklich auf die gefundenen Beschränkungen des Trauma Symptom Inventory zur Erfassung von komplexer

PTB-Symptomatik hingewiesen werden, das einige, wie bereits diskutiert, methodische Schwierigkeiten aufwies (z.B. hinsichtlich faktorieller Validität, Schwierigkeits-Indizes; siehe Publikation 2).

7.7 RESÜMEE

Trotz einigen Beschränkungen, soll die vorliegende Dissertationsschrift als ein weiterer kleiner, aber relevanter Schritt innerhalb der psychotraumatologischen Forschung beschrieben werden. Es konnte aufgezeigt werden, dass Kindheitstraumatisierung über die Lebensspanne hinweg mit einer individuellen und komplexen Folgesymptomatik zusammenhängt, ganz im Sinne von: „Die Schuhe der Kindheit bleiben auch im Alter noch übergestreift und beeinflussen, wie und wohin wir gehen und wer uns begleitet“ (Krammer et al., 2013, S. 390). Weiter konnte der zentrale Stellenwert von sozial-interpersonellen Faktoren für das posttraumatische Geschehen, sowohl nach Typ-1- als auch nach Typ-2-Traumatisierung hervorgehoben werden. Insbesondere erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure nahmen dabei eine relevante, nämlich mediierende Rolle ein. Ein kritischer Punkt, der Betonung finden soll, ist, dass es stets multiple Faktoren sind, die vor, während und nach einem traumatischen Ereignis den weiteren resilienten oder maladaptiven Weg prädictieren. Sozial-interpersonelle Faktoren vermögen lediglich wichtig aber niemals deterministisch posttraumatische Folgesymptomatik zu beeinflussen. Analog dazu rät auch Frankl (2007) von Pandeterminismus ab. Ähnlich schlossen Brewin und Kollegen (2000) in ihrer Meta-Analyse, dass das Verstehen der für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von PTBS relevanten Faktoren ein längst nicht abgeschlossener Prozess darstellt und weitere Forschung zentral ist.

Traumatisierung, sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter, beeinflusst das betroffene Individuum nachhaltig, wobei sozial-interpersonelle

Ressourcen in geringerem Masse ausgebildet oder verloren oder nicht weiter aufgebaut werden, was anti-protektiv für Traumafolgestörungen wirkt. Dies entspricht den Prämissen der Modelle von Cloitre und Kollegen (2006) und Hobfolls Theorie (1989), wie bereits diskutiert.

Schliesslich soll die klinische und praktische Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von Studien der vorliegenden Art betont werden. Das Wissen um spezifische Wirkmechanismen erst ermöglicht die Entwicklung spezifischer Behandlungsleitlinien. Dabei stellt die Aktivierung von Ressourcen, und gemäss den Ergebnissen dieser Arbeit: aus dem sozial-interpersonellen Raum, ein zentrales Element für Therapieeffekte dar (Grawe, 1998). So sind therapeutische Interventionen insbesondere dann effektiv, wenn die individuellen Potentiale des jeweils Betroffenen in die Therapie miteinbezogen werden. Auch gemäss dem Broaden and Build-Ansatz der positiven Emotionen von Fredrickson (2001), der auf der Aktivierung von positiven Ressourcen aufbaut, nützt Forschung wie die vorliegende, die die Relevanz von Ressourcen in den Fokus der Betrachtung rückt und der Frage nachgeht, welche insbesondere von Bedeutung für das posttraumatische Geschehen sind. Schliesslich wird in modernen therapeutischen Ansätzen verstärkt vom Defizit-Ansatz abgerückt hin zu einem kompetenz- und ressourcenfördernden Ansatz (Wustmann, 2005).

8. AUSBLICK

Idealerweise regen die vorliegenden Studienergebnisse Bestrebungen im Bereich der Gerontopsychotraumatologie an, und zwar vermehrt sozial-interpersonelle Faktoren als Ziel therapeutischer Interventionen miteinzubeziehen – insbesondere bei älteren Individuen mit traumatischen Kindheitserfahrungen. Gemäss Grawe (1998) ist die Aktivierung von Ressourcen ein zentrales Element in

Psychotherapien und gemäss den vorliegenden Schlüssen stellen sozial-interpersonelle Faktoren entsprechend relevante Ressourcen dar.

Doch darüber hinaus soll eine andere Perspektive abschliessend in den Vordergrund dieser Schrift treten. Die Entwicklung von spezifischen und individuellen, auf sozial-interpersonelle Ressourcen abzielende Therapieprogramme bei älteren Personen nach Kindheitstraumatisierung ist bedeutsam und soll durch Befunde wie diejenigen der vorliegenden Dissertationsarbeit Anregung finden. Noch bedeutsamer erscheint jedoch die Verhinderung einer solch langfristigen und maladaptiven Entwicklung über die Lebensspanne hinweg. Die vorliegende Arbeit reiht sich in eine kurze, aber doch wegweisende Reihe von Studien ein, die allesamt ein relativ klares Bild liefern hinsichtlich langfristig negativen Outcomes nach traumatischem Stress in der Kindheit. Das Schweizer Verdingwesen nahm vor mehreren Jahrzehnten sein Ende. Aber: auch heute noch werden auf ähnliche Weise vielerorts auf der Welt Kinder missbraucht und vernachlässigt. Gemäss einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation über nicht tödliche Kindesmisshandlungen gaben in Korea 67% der Eltern an, dass sie ihre Kinder mittels Gewalt disziplinieren, 64% der Eltern aus ländlichen Gegenden Äthiopiens bestrafen ihre Kinder mittels Gewalt, weltweit erleben 20% der Frauen und 5-10% der Männer sexuellen Missbrauch während ihrer Kindheit (Weltgesundheitsorganisation, 2003) – diese Zahlen exemplarisch und stellvertretend. Die Verdingung in der Schweiz ist zu Ende und auch Heimkinder werden heutzutage anders behandelt als vor einem halben Jahrhundert. Das Zeitalter, in welchem Kinder Übergriffen ausgesetzt sind, ist dennoch längst nicht vorbei. Um Kinder vor langfristig negativen Konsequenzen zu schützen, wie sie in der vorliegenden Arbeit thematisiert wurden, sollten Interventionen initiiert und appliziert werden, und zwar dann, wenn sie am nötigsten sind und das Einschlagen eines maladaptiven Entwicklungspfades noch verhindern

können. Das Störungskonzept der komplexen PTBS bildet dabei ein Gefäß, in welchem Personen nach Typ-2-Traumatisierung möglichst rasch aufgefangen und spezifisch und individuell psychotherapeutisch behandelt werden können, mit Augenmerk insbesondere auch auf die Entwicklung sozialer Fertigkeiten. Sozial-interpersonelle Faktoren bilden Mechanismen, anhand welchen langfristig negative Outcomes entgegengewirkt werden können. Nebeneffekt ist dabei, dass durch das Störungskonzept der komplexen PTBS das oftmals komplexe Bild nach Kindheitstraumatisierung „entschleiert“ werden kann (Gelinas, 1983). Damit soll einer Chronifizierung der „ungeheuerlichen Anpassungsleistung“ (Herman, 2006, p. 135) an traumatische Stresserfahrungen verhindert werden, sodass utopisch, aber vielleicht doch nicht so sehr, eine Studie wie die vorliegende in einem halben Jahrhundert zu keinen Zusammenhängen mehr führt.

9. LITERATURVERZEICHNIS

- Allemand, M., Amberg, I., & Zimprich, D. (1997). The role of trait forgiveness and relationship satisfaction in episodic forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 199-217.
- Allemand, M., & Steiner, M. (2010). Verzeihen und Selbstverzeihen über die Lebensspanne. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 42*, 63-78.
- American Psychiatric Association APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text revision (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Press.
- Antonucci, T., & Akiyama, H. (1987). Social Networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology, 42*, 519-527.
- Antonucci, T. C., & Jackson, J. S. (1987). *Social support, interpersonal efficacy, and health: a life course perspective*. In L. L. Carstensen, Edelstein, B. A. (Hrsg.) *Handbook of clinical Gerontology* (pp. 291-311). New York: Pergamon.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. New York: Cambridge University.
- Barefoot, J. C., & Williams, R. B. (2010). *Hostility and Health Handbook of behavioral medicine. Methods and applications*. Heidelberg: Springer.
- Barel, E., van Ijzendoorn, M. H., Sagi-Schwartz, A. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). Surviving the Holocaust: a meta-analysis of the long-term sequelae of a genocide. *Psychological Bulletin, 136*, 677-698.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*(3), 497-529.

- Baumeister, R. F., Exline, J. J., & Sommer, K. L. (1999). The victim role, grudge theory, and two dimensions of forgiveness Dimensions of Forgiveness. *Psychological research & theological perspectives*. Templeton Found Pr.
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- Benight, C. C., & Harper, M. L. (2002). Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 177-186.
- Bernstein, D. P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report questionnaire and manual*. San Antonio TX: The Psychological Corporation.
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Parrott, L., O'Connor, L. E. & Wade, N. G. (2001). Dispositional forgivingness: development and construct validity of the Transgression Narrative Test of Forgivingness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1277-1290.
- Beutel, M., Stöbel-Richter, Y., Daig, I. & Brähler, E. (2008). Sexuelles Verlangen und sexuelle Aktivität von Männern und Frauen über die Lebensspanne – Ergebnisse einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsumfrage. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 5(4), 203-211.
- Bolger, N., Zuckerman, A. & Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 953-961.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.

- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A. & Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 58, 192-199.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113(1), 82-98.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors of posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 196-203.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory. Professional Manual*. Florida: PAR.
- Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory-2. Professional Manual*. Florida: PAR.
- Briere, J. & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33): Early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 151-163.
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 401-412.
- Briere, J. & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness. Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 195, 497-503.
- Briere, J., Kaltman, S. & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 223-226.
- Bryant, R. A. (2012). Simplifying complex PTSD: comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 252-253.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for

- socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331-338.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301-328.
- Clancy, S. A. (2009). *The trauma myth. The truth about the sexual abuse of children – and its aftermath*. New York: Basic Books.
- Cloitre, M., Cohen, L. R. & Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse. Psychotherapy for the interrupted life*. New York: Guilford.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cook, J. M. (2001). Post-traumatic stress disorder in older adults. *PTSD Research Quarterly*, 12(3), 1-8.
- Cook, J. M. & O'Donnell, C. (2005). Assessment and psychological treatment of posttraumatic stress disorder in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 18, 61-71.
- Copel, L. C. (1988). Loneliness. A conceptual model. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 26(1), 14-19.
- Dalgard, O. S. & Lund Haheim, L. (1998). Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 476-481.
- Deiter, P. J., Nicholls, S. S. & Pearlman, L. A. (2000). Self-injury and self capacities: assisting an individual crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1173-1191.

- Desrochers, P. (2010). *Une validation de la version canadienne-française du Trauma Symptom Inventory (TSI) de Briere*. Ottawa: Library and Archives Canada.
- Diaz, A., Simatov, E. & Rickert, V. I. (2000). The independent and combined effects of physical and sexual abuse on health: results of a national survey. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 13(2), 89.
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., & Avlund K. (1999). Social relations: network, support and relational strain. *Social Science & Medicine*, 48, 661-673.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32.
- Elhai, J. D., Gray, M. J., Kashdan, T. B. & Franklin, C. L. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: a survey of traumatic stress professionals. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 541-545.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, R. & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 800-809.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27(1), 37-45.

- Fankhauser, S., Wagner, B., Krammer, S., Aeschbach, M., Pepe, A., Maercker, A., & Forstmeier, S. (2010). The impact of social and interpersonal resources on adjustment disorder symptoms in older age. Motivational variables as mediators? *GeroPsych: Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 23, 227-241.
- Fiedler, P. (2001). Persönlichkeitsstörungen (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Fischer, C. J., Struwe, J. & Lemke, M. R. (2006). Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden. *Nervenarzt*, 77, 58-63.
- Ford, J. D. & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 743-761.
- Ford, J. D. & Courtois, C. A. (2009). *Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorder*. In: C. A. Courtois & J. D. Ford (Hrsg.). *Treating complex traumatic stress disorders. An evidence-based guide*. New York: Guilford.
- Forstmeier, S., Uhlenhorff, H. & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 18, 227-257.
- Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H. J., & Maercker, A. (2009). Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. *American Journal of Psychiatry*, 17, 1030-1039.
- Foster, D., Davies, S., & Steele, H. (2003). The evacuation of British children during World War II: a preliminary investigation into the long-term psychological effects. *Aging & Mental Health*, 7(5), 398-408.

- Frankl, V. E. (2007). *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Bern: Hans Huber.
- Franz, M. (2006). Traumatische Kindheit – ihre Folgen für das Erwachsenenleben. *Psychotherapie im Dialog*, 83-88.
- Fredman, S. J., Monson, C. M., Schumm, J. A., Adair, K. C., Taft, C. & Resick, P. A. (2010). Associations among disaster exposure, intimate relationship adjustment, and PTSD symptoms: can disaster exposure enhance relationships? *Journal of Traumatic Stress*, 23, 446-451.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychology*, 56,(3), 218-226.
- Fridman, A., Bakermans-Kranenburg, Sagi-Schwartz & van Ijzendoorn (2011). Coping in old age with extreme childhood trauma: Aging Holocaust survivors and heir offspring facing new challenges. *Aging & Mental Health*, 15, 232-242.
- Gambetti, E., Bensi, L., Nori, R. & Giusberti, F. (2011). The trauma symptom inventory: Italian validation of an instrument fort he assessment of post-traumatic symptoms. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 345-355.
- Gast, U., Rodewald, F., Benecke, H.-H. & Diessen, M. (2001). *Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire* (unauthorisiert) (unveröffentlichtes Manuskript). Hannover: Medizinische Hochschule Hannover.
- Gelinas, D. (1983). The persistent negative effects of Incest. *Psychiatry*, 46, 312-332.
- Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Brähler, E., Forstmeier, S. & Maercker, A. (2010). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorder among elderly Germans: results of a representative ppulation-based study. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 661-670.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Gromus, B. (2002). *Sexualstörungen der Frau. Fortschritte der Psychotherapie (Band 16)*. Göttingen: Hogrefe.
- Guay, S., Billette, V. & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 327-338.
- Gunzelmann, T. & Oswald, W. D. (2002). *Gerontopsychologische Diagnostik*. In: A. Maercker (Hrsg.). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Halvorsen, J., & Kagee, A. (2010). Predictors of psychological sequelae of torture among South African former political prisoners. *Journal of Interpersonal Violence, 25*(6), 989-1005.
- Hammelstein, P. & Hoyer, J. (2006). *Sexuelle Störungen*. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Hardt, J. & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(2), 260-273.
- Harvey, J. H., Orbuch, T. L., Chwalisz, K. D., & Garwood, G. (1991). Coping with sexual assault: the roles of account-making and confiding. *Journal of Traumatic Stress, 4*, 515-531.
- Hauffa, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Glaesmer, H. (2011). Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population: results of a representative population survey. *Journal of Nervous & Mental Disease, 199*(12), 934-939.
- Hemenover, S. H. (2003). The good, the bad, and the healthy: impacts of emotional disclosure of Trauma on resilient self-concept and psychological distress. *Personality and Psychological Bulletin, 29*, 1236-1244.

- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-390.
- Herman, J. L. (2006). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S. E., Canetti-Nisim, D., Johnson, R. J., Palmieri, P. A., Varley, J. D., Galea, S. (2008). The association of exposure, risk, and resiliency factors with PTSD among Jews and Arabs exposed to repeated acts of terrorism in Israel. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 9-21.
- Holmbeck, G. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.
- Holmen, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people - a follow-up study. *Archives of General and Geriatrics*, 35, 261-274.
- Horn, A. B. (eingereicht). *Interacting affect: Interpersonal emotion regulation and health*.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.
- Horowitz, M. J. (2007). Understanding and ameliorating revenge fantasies in psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 24-27.
- Huber, O. (2002). *Das psychologische Experiment: eine Einführung* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.

- Janoff-Bulman, R. (1985). *The aftermath of victimization: rebuilding shattered assumptions*. In: C. R. Figley (Hrsg.). *Trauma and its wake*. New York: Brunner Mazel.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). *Convoys over the life course: attachment, roles, and social support Life-span development and behavior III*. New York: Academic Press.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 378-385. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499
- Knoll, N., Scholz, U., & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.
- Kockott, G. & Fahrner, E. M. (2000). *Sexualstörungen des Mannes. Fortschritte der Psychotherapie (Band 9)*. Göttingen: Hogrefe.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Poulton, R., Martin, J. & Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Psychological Medicine*, 37(2), 181-192.
- Krammer, S. & Maercker, A. (2012). *Opferstatus, Traumafolgen und Grundsätze der Traumatherapie aus psychologischer Sicht*. In: S. Barton & R. Kölbel (Hrsg.). *Ambivalenzen der Opferzuwendung im Strafrecht. Interdisziplinäre Studien zu Recht und Staat*. Nomos: Baden-Baden.

- Krammer, S., Simmen-Janevska, K. & Maercker, A. (2013). *Potenziell traumatische Kindheitserlebnisse und ihre psychischen Auswirkungen im Alter*. In: C. Spitzer & H. J. Grabe (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Krammer, S., Simmen-Janevska, K. & Maercker, A. (in Druck a). In Richtung „Komplexe PTBS“: die deutsche Version des Trauma Symptom Inventory (TSI) zur Erfassung komplexer Traumafolgen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*.
- Krammer, S., Fankhauser, S., Günter, C., Gäbler, I., Schützwohl, M. & Maercker, A. (in Druck b). Sozial-interpersonelle Faktoren als Prädiktoren von PTB-Symptomgruppen bei ehemals politisch Inhaftierten. *Trauma und Gewalt*.
- Krammer, S., Kleim, B., Simmen-Janevska, K. & Maercker, A. (eingereicht). Childhood trauma and complex PTSD in later life: the role of social-interpersonal factors.
- Kunzke, D. & Güls, F. (2003). Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. *Psychotherapeut*, 48, 50-70.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J., & Ermann, M. (2007). Sixty years later: post traumatic stress symptoms and current psychopathology in former German children of World War II. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 955-961.
- Kuwert, P., Brähler, E., Glaesmer, H., Freyberger, H. J., & Decker, O. (2009). Impact of forced displacement during World War II on the present-day mental health of the elderly: a population-based study. *International Psychogeriatrics*, 21(4), 748-753.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Klipple, G. L., & Mewshaw, E. A. (1989). Social support, hardiness, and psychological well-being in women with arthritis. *Journal of Nursing Scholarship*, 21, 128-131.

- Laney, C. & Loftus, E. F. (2005). Traumatic memories are not necessarily accurate memories. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 823-828.
- Lange, A., DeBeurs, E., Dolan, C., Lachnit, T., Sjollem, S., & Hanewald, G. (1999). Long-term effects of childhood sexual abuse: objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(3), 150-158.
- Lapp, L. K., Agbokou, C. & Ferreri, F. (2011). PTSD in the elderly: the interaction between trauma and aging. *International Psychogeriatrics*, 23, 858-868.
- Lear, J. (1996). The shrink is in. *Psyche*, 50, 599-616.
- Lepore, S. J., Silver, R., Wortman, C. B., & Waymont, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 271-282.
- Leuenberger, M. (2008). Wissenschaftlicher Schlussbericht. Verdingkinder, Schwabengänger, Spazzacamini und andere Formen der Fremdplatzierung und Kinderarbeit in der Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert. Online: <http://www.verdingkinder.ch/schlussbericht.pdf>
- Leuenberger, M. & Seglias, L. (2008). *Versorgt und vergessen: ehemalige Verdingkinder erzählen*. Zürich: Rotpunkt.
- Lutz, W., Sanderson, W. & Scherbov, S. (2008). The coming acceleration of global population ageing. *Nature*, 451, 716-719.
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A., Schützwohl, M. & Beauducel, A. (2000). Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress disorder and chronic dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 651-660.

- Maercker, A., & Müller, J. (2004). Social acknowledgment as a victim or survivor: a scale to measure recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 345-351.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C. & Ehler, U. (2008a). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry, 49*, 113-120.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, H. (2008b). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt, 5*, 577-586.
- Maercker, A., Povilonyte, M., Lianova, R., & Pöhlmann, K. (2009a). Is Acknowledgment of Trauma a protective factor? *European Psychologist, 14*(3), 249-254.
- Maercker, A., Mohiyeddini, C., Müller, M., Xie, W., Yang, Z. H., Wang, J., et al. (2009b). Traditional versus modern values, self-perceived interpersonal factors, and posttraumatic stress in Chinese and German crime victims. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82*, 219-232.
- Maercker, A. & Pielmaier, L. (2010). Gibt es posttraumatische Belastungsstörungen bei älteren Schweizerinnen und Schweizern? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 161*(2), 64-68.
- Maercker, A. & Horn, A. B. (2012). A socio-interpersonal perspective on PTSD: the case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, doi: 10.1002/cpp.1805.
- Maercker, A., Gäbler, I., O'Neil, J., Schützwohl, M., & Müller, M. (2012). Long-term trajectories of PTSD or resilience in former East German political prisoners. *Torture*.

- Maercker, A., Brewin, C.R. & Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, van Ommeren, M. et al. (in Druck). Classification and definition of disorders specifically related to stress for ICD-11: Current proposals and implications. *Lancet*.
- Maisel, N. C. & Gable, S. L. (2009). The paradox of received social support: the importance of responsiveness. *Psychological Science*, 20, 928-932.
- Maltby, J., Macaskill, A. & Day, L. (2001). Failure to forgive self and others: a replication and extension of the relationship between forgiveness, personality, social desirability and general health. *Personality and Individual Differences*, 30, 881-885.
- Martin, M. & Kliegel, M. (2005). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mauger, P. A., Perry, J. E., Freeman, T., Grove, D. C., McBride, A. G. & McKinney, K. E. (1992). The measurement of forgiveness: preliminary research. *Journal of Psychology and Christianity*, 11, 170-180.
- McCullough. (2000). Forgiveness as human strength: theory, measurement, and links to well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 43-55.
- McCullough, M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington, E. L., Brown, S. W. & Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1586-1603.
- Miller, G. E., Chen, E., & Parker, K. J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioural and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959-997.

- Monson, C. M., Fredman, S. J. & Dekel, R. (2010). *Posttraumatic stress disorder in an interpersonal context*. In: G. J. Beck (Hrsg.). *Interpersonal processes in the anxiety disorders*. Washington DC: American Psychological Association.
- Morina, N. & Ford, J. D. (2008). Complex sequelae of psychological trauma among kosovar civilian war victims. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, 425-436.
- Müller, J., Beauducel, A., Raschka, J., & Maercker, A. (2000). Kommunikationsverhalten nach politischer Haft in der DDR. Entwicklung eines Fragebogens zum Offenlegen der Traumaerfahrungen. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8, 413-427.
- Müller, J. & Maercker, A. (2006). Disclosure und wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer als Prädiktoren von PTB bei Kriminalitätsopfern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 49-58.
- Müller, M., Forstmeier, S., Wagner, B., & Maercker, A. (2011). Traditional versus modern values and interpersonal factors predicting stress response syndromes in a Swiss elderly population. *Psychology, Health & Medicine*, 16, 631-640.
- Mullet, E., Barros, J., Frongia, L., Usai, V. & Shafigi, S. R. (2003). Religious involvement and the forgiving personality. *Journal of Personality*, 71, 1-19.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166.
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*,

95(3), 274-281.

Peplau, L. A. & Perlman, D. (2000). *Loneliness. A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: Wiley Interscience.

Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59.

Pillemer, D. B. (1998). What is remembered about early childhood events? *Clinical Psychology Review*, 18, 895-913.

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Goenjian, A. (1996). *Traumatic stress in childhood and adolescence. Recent developments and current controversies*. In: B. van der Kolk, A. C. McFalane & L. Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford.

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Wraith, R. (1995). *A developmental model of childhood traumatic stress*. In: D. Cicchetti & D. J. Cohen (Hrsg.). *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley.

Qualter, P., Brown, S., Munn, P., & Rotenberg, K. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(6), 493-501.

Räikkönen, K., Lahti, M., Heinonen, K., Pesonen, A.-K., Wahlbeck, K., Kajantie, E. et al. (2011). Risk of severe mental disorders in adults separated temporarily from their parents in childhood: The Helsinki birth cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 332-338.

Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366.

- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S. et al. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241-251.
- Richert-Appelt, H. (2001). *Psychoanalyse und sexuelle Funktionsstörungen*. In: V. Sigusch (Hrsg.). *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme.
- Rind, B., Tromovitch, P. & Bausermann, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124, 22-53.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A. & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-555.
- Rusby, J. S. M. & Tasker, F. (2009). Long-term effects of the British evacuation of children during World War 2 on their adult mental health. *Aging & Mental Health*, 13(3), 391-404.
- Rye, M. S., Loiacono, D. M., Folck, C. D., Olszewski, B. T., Heim, T. A. & Madia, B. P. (2001). Evaluation of the psychometric properties of two forgiveness scales. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 20, 260-277.
- Rye, M. S., Folck, C. D., Heim, T. A., Olszewski, B. T. & Traina, E. (2004). Forgiveness of an ex-spouse: how does it relate to mental health following a divorce? *Journal of Divorce and Remarriage*, 41, 31-51.
- Schmid, M., Fegert, J. M. & Petermann, F. (2010). Aktuelle Kontroverse. Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 47-63.

- Schnyder, U. & Moergeli, H. (2002). German version of clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 15*(6), 487-492.
- Schützwohl, M. & Maercker, A. (2000). Anger in former East German political prisoners: relationship to posttraumatic stress reactions and social support. *The Journal of Nervous & Mental Disease, 188*, 483-489.
- Schwarz, E. D., McNally, R. J. & Yeh, L. C. (1998). The trauma response of children and adolescents. Future directions of research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 7*(1), 229-239.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology, 42*, 243-252.
- Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion, 14*, 362-370.
- Siegrist, P. & Maercker, A. (2010). Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *Trauma & Gewalt, 3*, 208-213.
- Siol, T., Flatten, G. & Wöller, W. (2004). *Epidemiologie und Komorbidität der posttraumatischen Belastungsstörung*. In: G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, P. Liebermann, L. Reddemann, T. Siol, W. Wöller & E.R. Petzold (Hrsg.). Posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart: Schattauer.
- Smith, K. P. & Christakis, N. A. (2008). Social networks and health. *Annual Review of Sociology, 34*, 405-429.
- Snyder, C. R. & Heinze, L. S. (2005). Forgiveness as a mediator of the relationship between PTSD and hostility in survivors of childhood abuse. *Cognition and Emotion, 19*(3), 413-431.

- Solomon, Z., Benbenishty, R., & Mikulincer, M. (1991). The contribution of war time, pre-war, and post-war factors to self-efficacy: a longitudinal study of combat stress reaction. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 345-361.
- Solomon, Z. & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 659-666.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: Findings from a German community study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 693-700.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2003). The long-term health outcomes of childhood abuse. An overview and a call to action. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 864-870.
- Steil, R. & Rosner, R. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen*. In: A. Maercker (Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Steinhausen, H.-C. (2000). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München: Urban & Fischer.
- Strauss, B. (2013). *Kindesmisshandlung und Bindung*. In: C. Spitzer & H. J. Grabe (Hrsg.). *Kindesmisshandlung. Psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Streeck-Fischer, A. (2006). *Trauma und Entwicklung*. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart: Schattauer.
- Sugisawa, H., Liang, J., & Liu, X. (1994). Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology*, 49(1), 3-13.
- Terr, L. (1989). Treating psychic trauma in children. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 3-20.

- Terr, L. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thyen, U., Kirchhofer, F. & Wattam, C. (2000). Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. *Gesundheitswesen* 62(6), 311-319.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29, 767-782.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2005). Dissociation: an insufficiently recognized major feature of complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413-423.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- Van Zelst, W. H., de Beurs, E., Beekman, A. T. F., van Dyck, R., & Deeg, D. D. H. (2006). Well-being, physical functioning, and use of health services in the elderly with PTSD and subthreshold PTSD. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 180-188.
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 392-398.
- Weintraub, D. & Ruskin, P. E. (1999). Posttraumatic stress disorder in the elderly: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 7, 144-152.
- Weltgesundheitsorganisation WHO Europa (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit*. Zusammenfassung. Online:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf

- Wernicke, T. F., Linden, M., Gilberg, R. & Helmchen, H. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and the very old – results from the Berlin Aging Study (BASE). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 111-119.
- Wessa, M. & Flor, H. (2006). *Psychobiologische Perspektiven und Therapiekonsequenzen*. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.). Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Stuttgart: Thieme.
- Witvliet, C. V. O., Phipps, K. A., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2004). Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 269-273.
- Wohlwend, L. & Honegger, A. (2009). *Gestohlene Seelen: Verdingkinder in der Schweiz*. Frauenfeld: Huber.
- Worthington Jr., E. L. & Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: theory, review and hypotheses. *Psychology & Health*, 19(3), 385-405.
- Wu, C.-H., Chen, S.-H., Weng, L.-J., & Wu, Y.-C. (2009). Social relations and PTSD symptoms: a prospective study on earthquake-impacted adolescents in Taiwan. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 451-459.
- Wustmann, C. (2005). "So früh wie möglich!" *Ergebnisse der Resilienzforschung*. IKK-Nachrichten, 1-2, 14-19.
- Yehuda, R., Elkin, A., Binder-Brynes, K., Kahana, B., Southwick, S. M., Schmeidler, J. & Giller, E. L. (1996). Dissociation in aging Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 153, 935-940.
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearstein, T. & Simpson, E. (1996). The long-term sequel of sexual abuse: support for a

complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 195-205.

11. ANHANG

11.1 PUBLIKATION 1

Sozial-interpersonelle Faktoren als Prädiktoren von PTB-Symptomgruppen bei ehemals politisch Inhaftierten

Sandy Krammer, Sonja Fankhauser, Corinne Günter,

Ira Gäbler, Matthias Schützwohl & Andreas Maercker

Zusammenfassung

Sozial-interpersonelle Faktoren spielen eine zentrale Rolle für die posttraumatische Folgesymptomatik. Vorgängige Studien verwiesen auf spezifische Wirkungspfade, entlang welchen sozial-interpersonelle Faktoren auf diese Symptomatik wirken. Diese Studie untersuchte die Wirkmechanismen sozial-interpersoneller Faktoren in einer Stichprobe ehemals politisch Inhaftierter während der DDR. Gestützt auf theoretische Überlegungen wurde der Fokus auf dysfunktionalen Disclosure und erlebte Wertschätzung sowie generelle soziale Unterstützung und Vergebung gerichtet. Diese querschnittliche Studie umfasste eine nicht-klinische Stichprobe ($N = 86$) mit einem durchschnittlichen Alter von 64 Jahren. Die verwendeten Instrumente waren der Disclosure of Trauma Questionnaire, der Social Acknowledgment Questionnaire, der Social Support Questionnaire, der Tendency to Forgive Scale und die Impact of Event Scale-Revised. Gemäss den Studienergebnissen wurde die posttraumatische Symptomatik durch erlebte Wertschätzung prädiziert, welche wiederum durch dysfunktionale Disclosure mediert wurde. Generelle soziale Unterstützung sowie Vergebung waren indirekt mit der posttraumatischen Symptomatik assoziiert. Diese Studie wirft neues und

anwendungsorientiertes Licht auf sozial-interpersonelle Pfade, welche dem posttraumatischen Anpassungsprozess zugrunde liegen.

Einleitung

Protektiven Faktoren wird in der Psychotraumatologie mehr und mehr Beachtung geschenkt. Dabei wird sozial-interpersonellen Faktoren ein besonderer Stellenwert beigemessen. Eine zunehmende Anzahl Studien bestätigte den Zusammenhang zwischen eben solchen Faktoren und verschiedenen Aspekten der Gesundheit (z.B. Smith & Christakis, 2008). Hinsichtlich traumabedingter Folgestörungen verweist eine Reihe von Studien auf durch sozial-interpersonelle Faktoren bedingte salutogene Effekte (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Maercker, 2009; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Im Einklang mit diesen Ergebnissen wurden dysfunktionaler Disclosure und erlebte Wertschätzung kürzlich für die Verarbeitung von Lebensereignissen als zentrale sozial-interpersonelle Ressourcen bezeichnet (Fankhauser, Wagner, Krammer, Aeschbach, Pepe, Maercker et al., 2010). Diese Entwicklungen stellten einen Ausgangspunkt für das sozio-interpersonelle Kontext-Modell von Maercker und Horn (2012) dar, das die Bedeutung einer Reihe von sozialen, interpersonellen und kulturellen Faktoren für posttraumatische Prozesse betont. Die vorliegende Studie stellt dieses Modell in den Mittelpunkt einer Untersuchung ehemals politischer Inhaftierter der DDR (von denen weitere Aspekte bereits untersucht wurden: Maercker, Gäßler & Schützwohl, 2013; Maercker, Gäßler, O'Neil, Schützwohl und Müller, 2013).

Dysfunktionaler Disclosure und erlebte Wertschätzung erscheinen als besonders relevant für posttraumatische Anpassung. Der erste dieser Faktoren wird als das Unvermögen definiert spezifische, traumarelevante Details zu berichten, charakterisiert durch einen Drang und eine gleichzeitige Abneigung über das

traumatische Ereignis zu berichten, begleitet durch eine gesteigerte emotionale Aktivität (J. Müller, Beauducel, Raschka & Maercker, 2000; J. Müller & Maercker, 2006). Zwei frühere Studien mit unterschiedlichen Stichproben verwiesen dabei auf den zentralen und direkten Einfluss von dysfunktionalem Disclosure hinsichtlich der Entwicklung einer PTBS (Maercker, Mohiyeddini, M. Müller, Xie, Yang, Wang et al., 2009; M. Müller, Forstmeier, Wagner & Maercker, 2011). Bislang konnten Studien in klinischen Settings lediglich gemischte Resultate bezüglich des salutogenen Einflusses von dysfunktionalem Disclosure liefern (Gidron, Peri, Connolly & Shalev, 1996; Seagal, Bogaards, Becker & Chatman, 1999; Stroebe, Stroebe, Schut, Zeck & van den Bout, 2002).

Der zweite oben erwähnte Faktor, erlebte Wertschätzung, wird als das Erleben von Anerkennung bzw. die Reaktion des erweiterten sozialen Umfelds oder der Gesellschaft auf den eigenen Status als Traumaopfer/-überlebender beschrieben. Diese Reaktion kann günstig und wohltuend ausfallen, im Sinne von Unterstützung und Wertschätzung, oder ungünstig und schädlich sein, nämlich dann, wenn Ignoranz oder Ablehnung erlebt werden (J. Müller & Maercker, 2006). Erlebte Wertschätzung stellt wie dysfunktionaler Disclosure einen Prädiktor für posttraumatische Anpassung dar und fördert posttraumatische Reifungsprozesse (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger & Maercker, 2009).

Zwei vorgängige Studien verwiesen auf spezifische Pfade, entlang welcher diese Faktoren ihre posttraumatische Wirkung entfalten. Maercker und Kollegen (2009) zeigten einen indirekten Einfluss von erlebter Wertschätzung via dysfunktionalem Disclosure auf die posttraumatische Anpassung in zwei separaten Stichproben mit Opfern eines Verbrechens auf, zum einen in einer deutschen (N = 151), zum anderen in einer chinesischen (N = 130) Stichprobe. M. Müller und Kollegen (2011) präsentierten ähnliche Ergebnisse in einer Studie mit älteren

Schweizern (N = 160). Auch hier wurde die mediierende Rolle von dysfunktionalem Disclosure zwischen erlebter Wertschätzung und PTBS betont.

Ein weiterer in das sozio-interpersonelle Kontext-Modell integrierter Faktor ist generelle soziale Unterstützung. Dabei handelt es sich um ein eher breit gefasstes Konzept. So kann soziale Unterstützung insbesondere im Trauma-Setting als schirmartiges Konstrukt beschrieben werden, das traumaspezifischere Faktoren wie dysfunktionaler Disclosure und erlebte Wertschätzung umspannt. Innerhalb dieser strukturellen Konzeption wird somit zwischen traumaspezifischeren und traumaunspezifischeren sozial-interpersonellen Faktoren unterschieden. Aus dieser Perspektive beinhaltet soziale Unterstützung besagte traumaspezifischere Faktoren und geht über diese hinaus (Maercker, 2009; Maercker & Horn, 2012). Zwei meta-analytischen Studien zufolge bestehen substantielle Korrelationen zwischen sozialer Unterstützung im Anschluss an traumatische Ereignisse und PTBS, womit soziale Unterstützung einen bedeutenden salutogenen Wirkfaktor darstellt (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Bemerkenswert dabei ist, dass die Wirkung von negativer sozialer Unterstützung im Sinne eines Risikofaktors für die PTBS stärker auszufallen scheint, als diejenige von positiver sozialer Unterstützung im Sinne eines protektiven Faktors (Halvorsen & Kagee, 2010; Wu, Chen, Wenig & Wu, 2009).

Ein noch nicht ins sozio-interpersonelle Kontext-Modell integrierter sozial-interpersoneller Faktor stellt Vergebung dar. Diese wird als Prozess definiert, in welchem Ärger, Empörung oder Missgunst nach einem wahrgenommenen interpersonellen Ärgernis oder Angriff verarbeitet werden (Allemand, Amberg, Zimprich & Fincham, 2007). Vergebung kann in Einstellung und Tendenz differenziert werden, erstere durch Konsistenz und zweitere durch situative Abhängigkeit gekennzeichnet (Brown, 2003). Vergebung nimmt eine zentrale Position in intra- und interpersonellen Konstellationen ein, bspw. als Indikator für Beziehungsqualität und -

zufriedenheit (Allemand et al., 2007). Frühere Studien zeigten, dass Vergebung mit gesundheitsrelevanten Parametern assoziiert ist, inklusive PTB-Symptomschwere und Depression (Witvliet, Phipps, Feldman & Beckham, 2004). Im Hinblick auf zugrundeliegende Mechanismen könnte der sozialen Unterstützung eine mediierende Rolle zu Teil werden – oder Vergebung mediert die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit (Worthington Jr. & Scherer, 2004). Die vermittelnden Mechanismen müssen vorläufig als unklar deklariert werden.

Politische Inhaftierung und sozial-interpersonelle Prozesse

Politische Inhaftierung erfüllt die traumarelevanten Kriterien für eine PTBS-Diagnose (American Psychiatric Association, 2000), aufgrund von physischer (mangelhafte Ernährung, mangelnder medizinischer Versorgung, Gewalt durch Mitgefangene) und psychischer Misshandlung (Todesangst, Befragungen, Demütigungen, Zeuge sein vom Tod von Mithäftlingen) während der Inhaftierung (Maercker, 1995; J. Müller et al., 2000). Bislang durchgeführte empirische Studien zeigten, dass politische Inhaftierung oftmals zu langfristig negativen Effekten führt, z.B. PTBS (Maercker & Schützwohl, 1997; Maercker, Gähler & Schützwohl, 2012; Schützwohl & Maercker, 2000). Historische Informationen zur politischen Inhaftierung während der DDR können bspw. Maercker (1995) entnommen werden.

Eine Untersuchung früherer Studienresultate aus dem vorliegenden Datensatz enthüllte eine Punktprävalenz hinsichtlich PTBS-Diagnose von ungefähr einem Drittel (Maercker & Schützwohl, 1997). Das Ausmass an Ärger erwies sich auch Jahre nach dem traumatischen Ereignis noch als erhöht (Gähler & Maercker, 2011) und korrelierte positiv mit PTBS und negativ mit sozialer Unterstützung (Schützwohl & Maercker, 2000). Vermeidungsverhalten sagte eine langfristige Reduktion hinsichtlich sozialer Unterstützung voraus, welche wiederum das Ausmass an

Hyperreaktivität beeinflusste (Maercker & Schützwohl, 1998a). Hinsichtlich der klassischen PTB-Symptomgruppen erwiesen sich Intrusion und Hyperreaktivität prävalenter als Vermeidungsverhalten und waren zudem die stärkeren Determinanten für die PTBS-Schwere (Maercker & Schützwohl, 1998a). Diese Ergebnisse stellten den Impetus für die vorliegende Studie dar: vorliegend wird das spezielle Wirkungsgefüge der sozial-interpersonellen Faktoren für die PTB-Symptomgruppen genauer evaluiert.

Fragestellungen

Das sozio-interpersonelle Kontext-Modell der PTBS erweist sich als wegweisend für die Untersuchung von protektiven Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS. In der vorliegenden Studien sollen bestimmte Faktoren dieses Modells einerseits erstmalig anhand einer Stichprobe ehemals politisch Inhaftierter der DDR untersucht werden. Andererseits soll ein weiterer Faktor genauer besehen werden, welcher bislang nicht in dieses Modell integriert worden war, aber nach theoretischer Überlegung von Bedeutung für das posttraumatische Geschehen ist. Zudem soll ein Pfadmodell, welches zwei vorgängige Studien entwickelt und untersucht hatten (Maercker et al., 2009; M. Müller et al., 2011), in einer davon unterschiedlichen Stichprobe untersucht und darüber hinaus durch zwei weitere sozial-interpersonelle Faktoren ergänzt werden. Der eine Faktor, soziale Unterstützung, wurde bereits in das sozio-interpersonelle Kontext-Modell integriert, jedoch nicht pfadanalytisch auf seine Wirkweise untersucht. Der andere Faktor, Vergebung, soll als Ergänzung für besagtes Modell in Betracht gezogen werden, pfadanalytisch fand noch keine diesbezügliche Prüfung statt. Da letztgenannte sozial-interpersonellen Faktoren weniger traumaspezifisch zu sein scheinen als dysfunktionaler Disclosure und erlebte Wertschätzung, wurde deren Position

pfadanalytisch als distal zu den PTB-Symptomgruppen postuliert. Generelle soziale Unterstützung und Vergebung wurden innerhalb dieses Rahmenmodells explorativ gleich gestellt (Abb. 1).

Somit lauteten die Fragestellungen dieser Studie:

1. Exploration der Assoziationen zwischen dysfunktionalem Disclosure, erlebter Wertschätzung, genereller sozialer Unterstützung, Vergebung und PTBS-Symptomgruppen, sprich Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Hyperreaktivität) in einer Stichprobe älterer ehemals politisch Inhaftierter, und
2. Exploration der spezifischen Pfade, welche im soeben beschriebenen interaktiven System und innerhalb dieser spezifischen Stichprobe agieren.

Methoden

Stichprobe und Prozedere. Diese Studie untersucht Daten vom zweiten Untersuchungszeitpunkt einer Langzeitstudie über ehemals politisch Inhaftierte in der ehemaligen DDR. Die ersten Interviews fanden 1995 erstmalig statt. Dies geschah durchschnittlich 24 Jahre nach Entlassung aus der Haft. Alle Studienteilnehmenden waren mindestens einen Monat lang aus politischen Gründen inhaftiert. Im Jahr 2008 wurden die Teilnehmer erneut untersucht. Es wird kein Bezug auf die Daten von 1995 gemacht. Dies vor allem deshalb, da eine Reihe der hier untersuchten sozial-interpersonellen Faktoren erst 2008 ins Instrumentarium aufgenommen worden waren.

Deskriptive Statistik. 2008 wurden insgesamt 93 Personen zur erneuten Teilnahme motiviert, wobei sieben Personen nur an einem Teil der Studie teilnahmen, sodass diese für die vorliegende Analyse ausgeschlossen wurden. In der

vorliegenden Studie wurde somit auf 86 mehrheitlich komplette Datensätze zurückgegriffen. Die zweite Erhebungswelle war den Studienteilnehmenden 1995 nicht angekündigt worden, was die Lokalisierung und Motivierung der Studienteilnehmenden schwierig gestaltete. Die Differenz der Stichprobengröße von 1995 bis 2008 erklärt sich folgendermassen: 11 konnten nicht ausfindig gemacht werden, 25 waren zwischenzeitlich verstorben, 17 verweigerten eine erneute Teilnahme, v.a. aufgrund gesundheitlicher Probleme. Da in der vorliegenden Studie nur Daten aus dem Jahr 2008 verwendet wurden, sind die Dropout- resp. Verweigerungs-Gründe nicht weiter von Relevanz. Die Studienteilnehmenden dieser querschnittlichen Untersuchung waren zwischen 40 und 85 Jahre alt ($M = 64.3$ Jahre, $SD = 10.2$ Jahre). Die Geschlechtsverteilung entsprach der generellen Verteilung unter politisch Inhaftierten, mit einem höheren Anteil an Männern (63.6%). Die durchschnittliche Haftzeit belief sich auf zweieinhalb Jahre und diese lag durchschnittlich um die 37 Jahre zurück. Weitere Charakteristika der Stichprobe werden in Tabelle 1 dargestellt. Es zeigten sich keine

Tabelle 1. Charakteristika der Stichprobe nach Geschlecht (N=86)

	Total	Frauen	Männer	
Charakteristika	N=86	N=14	N=72	χ^2 /T-Test
Alter (Jahre), M (SD)	64.3 (10.2)	59.8 (7.2)	65.2 (10.4)	1.84
Frauen % (N)	16.3 (14)			
Familienstand, % (N)				
Verheiratet oder in Beziehung	65.1 (56)	42.9 (6)	69.4 (50)	2.91
Ledig, geschieden oder verwitwet	32.6 (28)	50.0 (7)	29.2 (21)	
Fehlende Werte	2.3 (2)	7.1 (1)	1.4 (1)	
Wohnsituation, % (N)				4.05
Alleine	31.4 (27)	35.7 (5)	30.6 (22)	
Mit Partner	59.3 (51)	42.9 (6)	62.5 (45)	
Mit Verwandten	2.3 (2)	7.1 (1)	1.4 (1)	
Mit Anderen	4.7 (4)	7.1 (1)	4.2 (3)	
Fehlende Werte	2.3 (2)	7.1 (1)	1.4 (1)	
Ausbildung, % (N)				1.67
Keine Ausbildung	1.2 (1)	0	1.4 (1)	
Primarschule	23.3 (20)	21.4 (3)	23.6 (17)	
Sekundarschule	24.4 (21)	28.6 (4)	23.6 (17)	
Berufslehre	18.6 (16)	28.6 (4)	16.7 (12)	
Abitur	8.1 (7)	7.1 (1)	8.3 (6)	

Tabelle 1. Fortsetzung

Universitätsabs.	22.1 (19)	14.3 (2)	23.6 (17)
Fehlende Werte	2.3 (2)	0	2.8 (2)
Berufli. Situation, % (N)			1.69
Vollzeit besch.	20.9 (18)	28.6 (4)	19.4 (14)
Teilzeit besch.	3.5 (3)	7.1 (1)	2.8 (2)
Arbeitslos	3.5 (3)	0	4.2 (3)
Pensionierung	48.8 (42)	35.7 (5)	51.4 (37)
Früh-Pensionier.	10.5 (9)	7.1 (1)	11.1 (8)
Arbeits-Unfähig	10.5 (9)	14.3 (2)	9.7 (7)
keits-Rente			
Fehlende Werte	2.3 (2)	7.1 (1)	1.4 (1)

signifikanten Geschlechtsunterschiede hinsichtlich basaler deskriptiver Daten.

Fehlende Werte waren zufällig und unsystematisiert entstanden.

Messinstrumente. PTB-Symptomgruppen wurden anhand der deutschen Version der Impact of Event Scale Revised (IES-R) erhoben. Dieses Selbststrating-Instrument erfasst die drei typischen Reaktionen nach traumatischem Stress, nämlich Intrusion, Vermeidungsverhalten und Hyperreaktivität (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979; Maercker & Schützwohl, 1998b; Weiss & Marmar, 1996). Diese Skala beinhaltet 22 Items, welche auf einer nicht äquidistanten vierstufigen Likertskala nach ihrer Häufigkeit eingeschätzt werden. Nach Maercker und Schützwohl (1998b) sind die interne Konsistenz wie weitere Gütekriterien akzeptabel. In der vorliegenden Studie erwiesen sich die psychometrischen Eigenschaften als gut, mit Cronbach's $\alpha = .92$ (Intrusion), $\alpha = .82$ (Vermeidungsverhalten) und $\alpha = .91$ (Hyperreaktivität).

Erlebte Wertschätzung wurde anhand des Fragebogens zur erlebten Wertschätzung (Social Acknowledgment Questionnaire; SAQ) erhoben, welcher 16 Items im Sinne eines Selbstratings enthält, die ein vierstufigen Antwortformat aufweisen (Maercker & J. Müller, 2004). Der SAQ kann entweder anhand seiner drei Subskalen, nämlich soziale Anerkennung, generelles und familiäres Unverständnis oder anhand seines Summenwertes interpretiert werden. In der vorliegenden Studie wurde letzterer verwendet. Die psychometrischen Eigenschaften sind nach der Entwicklungsstudie sowie den vorliegenden Ergebnissen akzeptabel, mit einem hier festgestellten Cronbach $\alpha = .83$.

Dysfunktionaler Disclosure wurde mittels des Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen (Disclosure of Trauma Questionnaire; DTQ) erhoben. Dieser stellt ein Selbstrating-Instrument mit original 34 Items dar (J. Müller et al., 2000). Interpretierbar ist sowohl der Summenwert, welcher das Ausmass der Dysfunktionalität des Disclosure-Stiles wiedergibt, als auch drei Subskalen, als da wären Abneigung und Drang zu Reden sowie emotionale Reaktion während der Offenlegung. Die vorliegende Studie verwendete eine Kurzform mit 12 Items, welche vorgängig faktorenanalytisch und aufgrund theoretischer Überlegungen durch unsere Arbeitsgruppe entwickelt worden war. Die Items werden auf einer sechsstufigen Likertskala eingeschätzt. Es wurde der Summenwert verwendet. Die psychometrischen Eigenschaften waren in der Originalstudie zufriedenstellend und auch hier akzeptabel, mit Cronbach's $\alpha = .81$ in der vorliegenden Studie.

Generelle soziale Unterstützung wurde anhand der 14 Item umfassenden und weit verbreiteten Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-Sozu) erfasst (Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999). Der F-Sozu ist individuumszentriert und enthält Items über wahrgenommene und praktische Unterstützung sowie wahrgenommener sozialer Integration und gibt insgesamt die

subjektive Überzeugung eines Individuums über Unterstützung zu verfügen wieder. Es handelt sich um ein Selbstratinginstrument, dem ein fünfstufiges Antwortformat zugrunde liegt. Im Vergleich zur Vollversion mit 54 Items, schlugen die Originalautoren für die Kurzform die Verwendung des Summenwerts vor. Nach eingehender Recherche stellte die F-Sozu 1995 die am besten validierte Skala zur Erfassung sozialer Unterstützung dar. Die psychometrischen Eigenschaften waren in vorgängigen Studien zufriedenstellend (Fydrich et al., 1999; Knoll & Kienle, 2007) und akzeptabel in dieser Studie, mit Cronbach's $\alpha = .94$.

Vergebung wurde anhand der Tendency to Forgive Scale (TTF) erfasst (Brown, 2003), deren deutsche Skaleneigenschaften von Weinhardt und Schupp (2011) untersucht worden waren. Diese Skala beinhaltet zwei Subskalen, nämlich Vergebungstendenz und -einstellung, welche beide eine siebenstufige Likertskala aufweisen und im Sinne eines Selbstratings erhoben werden. In dieser Studie waren die psychometrischen Eigenschaften akzeptabel, mit Cronbach's $\alpha = .79$ (Tendenz) und $\alpha = .63$ (Einstellung).

Statistische Auswertung. Diese wurden anhand Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) und Analysis of Moment Structures (AMOS) jeweils Version 18.0 durchgeführt. Nachfolgend werden deskriptive Daten, Korrelationen und drei pfadanalytische Modelle präsentiert. Letztere basierten teilweise auf vorgängig entwickelten Modellen (Maercker et al., 2009; M. Müller et al., 2011), sowie auf theoretischen Überlegungen. Der Grenzwert für Signifikanz wurde bei $p = .05$ gesetzt. Fehlende Werte waren skalenspezifisch durch Mittelwerte ersetzt worden, sofern weniger als ein Drittel an Werten der jeweiligen Skala fehlend waren, so wie von Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner und Bent (1975) vorgeschlagen und durch die Studie von Downey und King (1998) bekräftigt. Falls mehr Werte fehlten, wurde diese Skala nicht analysiert. Die vorliegende Studie rekrutierte 86

Studienteilnehmende, was eine geringe Stichprobengrösse für pfadanalytische Berechnungen darstellt. Literatur über die optimale Stichprobengrösse bei Pfadanalysen erweist sich als uneinheitlich, je nach Quelle werden 10-20 Studienteilnehmende pro integrierter Variable postuliert, um eine genügende Stichprobengrösse zu erlangen (Bentler & Chou, 1987; Castello & Osborne, 2005) oder mindestens 100-150 für Pfadanalysen mit wenigen zu analysierenden Variablen (Ding, Velicer & Harlow, 1995). Es erscheint wichtig anzumerken, dass die grenzwertige Stichprobengrösse bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden muss.

Ergebnisse

Tabelle 2 listet Durchschnittswerte sowie Standardabweichungen der untersuchten sozial-interpersonellen Faktoren (dysfunktionaler Disclosure, erlebte Wertschätzung, generelle soziale Unterstützung und Vergebungstendenz und -einstellung) sowie der PTB-Symptomgruppen auf. Weiter werden T-Test Informationen hinsichtlich Geschlechtsunterschieden bereit gestellt. Gemäss diesen wiesen Männer signifikant höhere Werte in Bezug auf erlebte Wertschätzung ($T = 2.44, p < .05$) auf, während Frauen höhere Werte bezüglich dysfunktionalem Disclosure ($T = -3.64, p < .001$), Intrusion ($T = -2.50, p < .05$) und Hyperreaktivität ($T = -2.42, p < .05$) zeigten. Alle anderen Werte waren gleichmässig auf die Geschlechter verteilt. Anhand von Kolmogorov-Smirnov Tests konnten normale Verteilungen für alle Variablen aufgewiesen werden.

Tabelle 2. Charakteristika der Stichprobe hinsichtlich der PTB-Symptomgruppen, dysfunktionalem Disclosure, erlebter Wertschätzung, sozialer Unterstützung, sowie Vergebungstendenz und -einstellung

	Geschlecht			
	Total	Frauen	Männer	T-test
PTB-Symptomgruppen (IES), M (SD)				
Intrusionen	19.2 (10.7)	25.9 (9.5)	18.0 (10.5)	-2.50*
Vermeidungsverhalten	14.1 (9.7)	15.5 (8.6)	13.9 (9.9)	-.53
Hyperreaktivität	16.2 (11.4)	23.0(11.5)	14.9 (11.0)	-2.42*
Sozial-interpersonelle Faktoren				
Dysfunktionaler Disc, M (SD)	2.1 (1.0)	3.0 (.8)	1.9 (.9)	-3.64***
Erl. Wertschätzung, M (SD)	1.3 (.5)	1.0 (.5)	1.4 (.5)	2.44*
Soz. Unterstützung, M (SD)	4.0 (.9)	3.8 (1.1)	4.0 (.9)	.55
Vergebungstendenz, M (SD)	3.9 (1.3)	3.4 (1.2)	4.0 (1.3)	1.45
Vergebungseinstel., M (SD)	4.1 (.9)	3.9 (.7)	4.2 (.9)	.91

Bemerkung. Geschlecht: 0 = Frauen, 1 = Männer; * $p < .05$, *** $p < .001$.

Tabelle 3. Korrelationen (N=86)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Alter	1										
2. Geschlecht	.20	1									
3. Familienstand	.28*	.19	1								
4. Soziale Unterstütz.	.18	.06	.18	1							
5. Erlebte Wertschätz.	.20	.26*	.02	.44***	1						
6. Dysfunktionaler Dis.	-.03	-.37***	-.01	-.26*	-.52***	1					
7. Vergebungstendenz	.32**	.16	.10	.27*	.33**	-.26*	1				
8. Vergebungseinstell.	.13	.10	.01	.28**	.32**	-.31**	.63***	1			
9. Intrusion	.01	-.27*	.06	-.28*	-.51***	.70***	-.33**	-.21	1		
10. Vermeidungsverh.	.13	-.06	-.10	-.20	-.41***	.58***	-.15	-.14	.59***	1	
11. Hyperreaktivität	-.05	-.26*	-.02	-.33**	-.53***	.75***	-.27*	-.19	.86***	.64***	1

Bemerkung. Geschlecht: 0 = Frauen, 1 = Männer; Familienstand: 0 = Ledig, geschieden oder verwitwet, 1 = verheiratet oder in

Beziehung. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Tabelle 3 stellt Angaben zu bivariaten und biserialen Korrelationen zwischen den soziodemografischen Variablen (Alter, Geschlecht und Familienstand), sozial-interpersonellen Faktoren und PTB-Symptomgruppen zu Verfügung. Danach war Alter signifikant mit dem dichotomisierten Familienstand assoziiert, sprich: umso höher das Alter eines Studienteilnehmenden war, umso eher befand er/sie sich in einer stabilen Beziehung oder war verheiratet (anstatt single, geschieden oder verwitwet; $r = .28$; $p < .05$). Zudem war das Alter signifikant mit Vergebungstendenz assoziiert ($r = .32$, $p < .01$). Das Geschlecht (0 = Frauen, 1 = Männer) war signifikant mit erlebter Wertschätzung ($r = .26$, $p < .05$), dysfunktionalem Disclosure ($r = -.26$, $p < .05$), Intrusion ($r = -.27$, $p < .05$) und Hyperreaktivität ($r = -.26$, $p < .05$) assoziiert. Intrusion resp. Hyperreaktivität erwiesen sich als signifikant mit allen untersuchten sozial-interpersonellen Faktoren assoziiert, mit Ausnahme von Vergebungseinstellung. Vermeidungsverhalten stand in signifikantem Zusammenhang mit zwei sozial-interpersonellen Faktoren, nämlich dysfunktionalem Disclosure und erlebter Wertschätzung.

Um die postulierte sozial-interpersonelle Kaskade zur Vorhersage von den drei PTB-Symptomgruppen zu untersuchen wurde eine simultane Analyse von drei Pfadmodellen durchgeführt. Die drei Pfadanalysen unterschieden sich durch ihre Outcome-Variable voneinander, nämlich (a) Intrusion, (b) Vermeidungsverhalten und (c) Hyperreaktivität. Um die grafische Darstellung dieser drei separat durchgeführten Pfadanalysen ökonomisch und gleichzeitig einfach zu gestalten, wurden alle drei Pfadanalysen in einer einzelnen Abbildung zusammengefügt (Abb. 1). Zugrundeliegend sind jedoch drei separat durchgeführte Analysen je nach PTB-Symptomgruppe. Linien zwischen zwei Faktoren beziehen sich dabei auf angenommene Assoziationen.

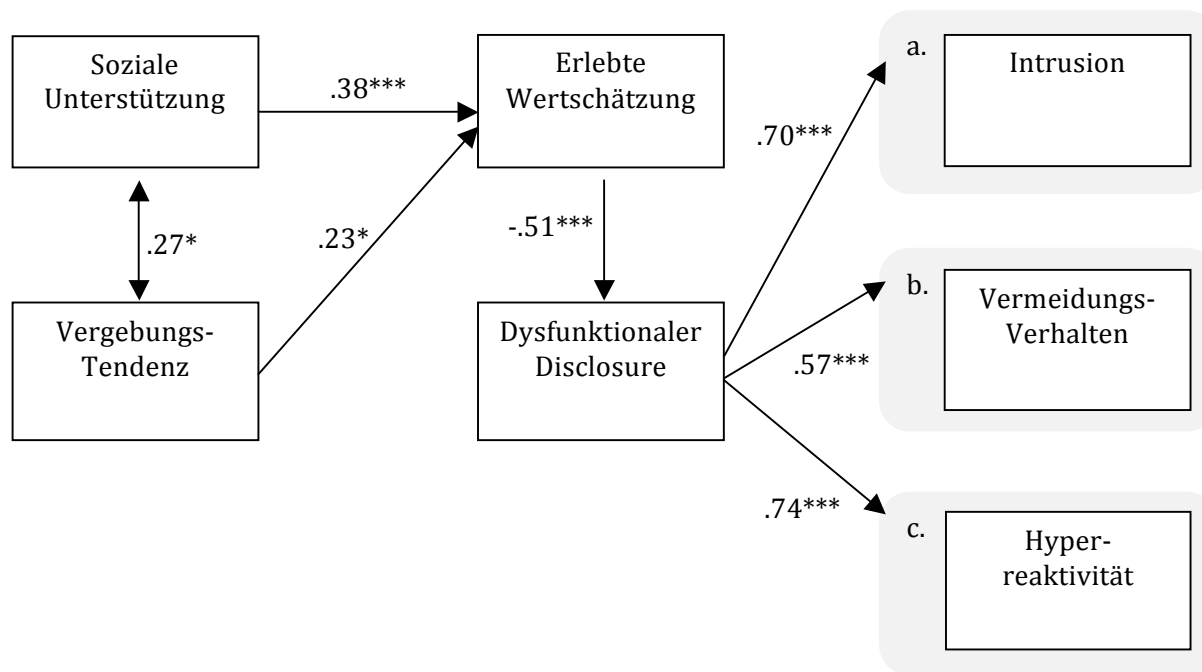


Abbildung 1. Grafische Darstellung von drei voneinander unabhängigen Pfadanalyse für: a. Intrusion, mit standardisierten Koeffizienten ($\chi^2 = 8.45$, $df = 5$, $p = .13$); b. Vermeidungsverhalten, mit standardisierten Koeffizienten ($\chi^2 = 3.17$, $df = 5$, $p = .67$); c. Hyperreaktivität, mit standardisierten Koeffizienten ($\chi^2 = 8.44$, $df = 5$, $p = .13$). Bemerkung: Die Signifikanz eines Pfades ist wie folgt gekennzeichnet: * $p < .05$, *** $p < .001$.

Hinsichtlich Intrusion zeigte sich in dieser Maximum Likelihood Schätzung ein Chi-Quadrat Wert von 8.45 (Freiheitsgrade (df) = 5, p = .13), der Tucker Lewis Index (TLI) betrug .90 und der Comparative Fit Index (CFI) belief sich auf .97. Diese Indizes verwiesen somit auf eine Passung des untersuchten Arbeitsmodells hinsichtlich der zugrundeliegenden Daten. Jedoch betrug der Root-mean-square error of approximation (RMSEA) Wert .09. Idealerweise beträgt dieser .05 oder weniger und gilt als akzeptabel bis .08. Ein Arbeitsmodell, welches ein RMSEA von 1.0 oder höher aufweist sollte verworfen werden (Blunch, 2008; Browne & Cudeck, 1993). Daraus resultiert, dass der RMSEA Wert für die Vorhersage von Intrusion fraglich ausgefallen war.

In Bezug auf Vermeidungsverhalten konnte eine Reihe von Indizes festgestellt werden, welche auf eine gute Passung des untersuchten Arbeitsmodells auf die zugrundeliegende Datenstruktur hinwiesen (χ^2 = 3.17, df = 5, p = .67; CFI = 1.00, TLI = 1.07). Doch zeigte sich ein suboptimal ausfallender RMSEA Wert von .00. Es lässt sich folgern, dass eine Reihe von Indizes für eine Passung des Arbeitsmodells für Vermeidungsverhalten sprechen.

Schliesslich zeigten sich für Hyperreaktivität vergleichbare Ergebnisse wie für Intrusion (χ^2 = 8.44, df = 5, p = .13; CFI = .97, TLI = .91). Der RMSEA Wert fiel ebenfalls zu hoch aus und betrug .09. Tabelle 4 präsentiert Informationen hinsichtlich standardisierter indirekter Effekte.

Tabelle 4. Standardisierte indirekte Effekte

Von	Nach	Via	Standardisierte Schätzwerte
Intrusion	Soziale	Erlebte Wertschätzung und	-.14
	Unterstützung	dysfunktionaler Disclosure	
	Vergebungstendenz	Erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure	-.08
Vermeidungs- Verhalten	Soziale	Erlebte Wertschätzung und	-.11
	Unterstützung	dysfunktionaler Disclosure	
	Vergebungstendenz	Erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure	-.07
Hyperarousal	Soziale	Erlebte Wertschätzung und	-.14
	Unterstützung	dysfunktionaler Disclosure	
	Vergebungstendenz	Erlebte Wertschätzung und dysfunktionaler Disclosure	-.09

Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte in einer Stichprobe älterer ehemals politisch Inhaftierten zu Zeiten der DDR zwei Fragestellungen: Erstens, ob eine Reihe sozial-interpersoneller Faktoren – dysfunktionaler Disclosure, erlebte Wertschätzung, generelle soziale Unterstützung sowie Vergebungstendenz und -einstellung – mit PTB-Symptomgruppen assoziiert ist. Zweitens, ob die PTB-Symptomgruppen Intrusion, Vermeidungsverhalten resp. Hyperreaktivität durch eine spezifische Kaskade aus sozial-interpersonellen Faktoren vorhergesagt wird.

Diese Studie baute teilweise auf vorgängigen empirischen Befunden auf (Maercker et al., 2009; M. Müller et al., 2011), ergänzte diese aber um weitere Faktoren, welche in die Analyse und das zu untersuchende Pfadmodell integriert wurden. Dabei handelte es sich einerseits um den sozial-interpersonellen Faktor generelle soziale Unterstützung. Dieser war bereits Bestandteil des der gesamten Studie theoretischen Rahmen bietenden sozio-interpersonellen Kontext-Modell ist (Maercker & Horn, 2012), jedoch war sein pfadanalytischer Stellenwert für die PTB-Symptomatik noch offen. Andererseits handelte es sich um Vergebung (Einstellung und Tendenz), ein sozial-interpersoneller Faktor, welcher bis dato weder in besagtes Modell integriert ist noch pfadanalytisch als Prädiktor hinsichtlich PTB-Symptomatik untersucht worden war. Um die Studienergebnisse möglichst übertragbar zu gestalten, wurde dabei nicht auf die PTBS-Diagnose, sondern auf posttraumatische Symptomgruppen fokussiert – unabhängig davon, ob es sich dabei um persistierende, chronische oder delayed-onset PTBS gehandelt hätte.

Mehrere Befunde fielen wie a priori erwartet aus. So konnten einige bedeutsame Zusammenhänge zwischen sozial-interpersonellen Faktoren und den PTB-Symptomgruppen gefunden werden. Intrusion und Hyperreaktivität hingen mit allen untersuchten sozial-interpersonellen Faktoren zusammen, abgesehen von Vergebungseinstellung. Vermeidungsverhalten erwies sich dagegen nur mit dysfunktionalem Disclosure und erlebter Wertschätzung in Zusammenhang stehend, nicht aber mit genereller sozialer Unterstützung, Vergebungstendenz und -einstellung.

Vergabungseinstellung zeigte sich als unassoziiert mit den drei PTB-Symptomgruppen. Es kann spekuliert werden, dass dies auf eine geringe interne Konsistenz attribuiert werden könnte, das entsprechende Cronbach α war

entsprechend relativ gering ausgefallen. Resultierend aus diesen Überlegungen wurde Vergebungseinstellung von den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen.

Um die spezifischen Pfade zu untersuchen, entlang welcher eine Reihe theoretisch selektierter sozial-interpersoneller Faktoren auf die PTB-Symptomgruppen wirken, wurden drei voneinander unabhängige Pfadanalysen durchgeführt – eine für jede der drei Symptomgruppen. Gemäss diesen können die Studienergebnisse als mehrheitlich hypothesengerecht beschrieben werden. So konnten einerseits Befunde früherer Studien (Maercker et al., 2009; M. Müller et al., 2011) in einer nicht-klinischen Studie mit ehemals politisch Inhaftierten repliziert werden. Andererseits konnten darüber hinaus zwei weitere Faktoren, welche bislang in diesem Zusammenhang ununtersucht waren, auf ihre Rolle und ihren Stellenwert für die PTB-Symptomatik hin untersucht werden.

Etwas detaillierter formuliert zeigte sich, dass dysfunktionaler Disclosure direkt und proximal mit allen drei PTB-Symptomgruppen Intrusion, Vermeidungsverhalten sowie Hyperreaktivität assoziiert war. Erlebte Wertschätzung erwies sich als mehrheitlich indirekt mit eben genannter Symptomatik assoziiert, vermittelt anhand dysfunktionalem Disclosure. Nach Effektschätzungen zeigten sich keine direkten Verbindungen zwischen genereller sozialer Unterstützung bzw. Vergebungstendenz und den PTB-Symptomgruppen. Hingegen konnten Pfade, wie a priori festgelegt, aufgedeckt werden. So beeinflussten generelle soziale Unterstützung sowie Vergebungstendenz die erlebte Wertschätzung. Summa summarum wiesen die Daten darauf hin, dass ein System besteht, innerhalb welchem traumaunspezifischere Faktoren traumaspezifischere beeinflussen, wobei erstere letzteren vorgelagert zu sein scheinen. Von Relevanz scheinen somit alle hier untersuchten sozial-interpersonellen Faktoren zu sein (mit Ausnahme von

Vergebungseinstellung), doch scheint der Stellenwert je nach Faktor und dessen Traumaspezifität ein anderer zu sein.

Generelle soziale Unterstützung war zwar indirekt, nicht aber direkt mit den PTB-Symptomgruppen assoziiert. Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass in dieser Studie positive, förderliche soziale Unterstützung gemessen worden war. Wie bereits einleitend beschrieben stellt negative, ungünstige soziale Unterstützung der stärkere Risikofaktor für posttraumatische Anpassung dar, als positive soziale Unterstützung ein protektiver Faktor darstellt (Halvorsen & Kagee, 2010; Wu et al., 2009). Es ist möglich, dass das Outcome für generelle soziale Unterstützung ein anderes wäre, wenn anstatt positiver negative soziale Unterstützung untersucht worden war.

Vergebung war erstmalig im Kontext des sozio-interpersonellen Kontext-Modells von Maercker und Horn (2012) untersucht worden. Während die Ergebnisse für Vergebungseinstellung nicht hypothesengerecht ausfielen insofern, als dass keine Zusammenhänge mit den PTB-Symptomgruppen nachgewiesen werden konnten, fanden sich für Vergebungseinstellung Zusammenhänge mit den traumaspezifischen sozial-interpersonellen Faktoren dysfunktionaler Disclosure und erlebte Wertschätzung sowie mit allen PTB-Symptomgruppen. Dies kann dergestalt interpretiert werden, dass Vergebung ein relevanter Faktor für das posttraumatische Geschehen darstellt, jedoch den traumaspezifischeren Faktoren untergeordnet ist.

Insgesamt zeigten die vorliegenden Studienergebnisse, dass das Erleben von Wertschätzung bei ehemals politisch Inhaftierten durch das Ausmass an unterstützenden Beziehungen sowie durch die eigene Vergebungstendenz beeinflusst wird. Diese erlebte Wertschätzung wiederum wirkt sich darauf aus, ob über die potentiell traumatischen Ereignisse kommuniziert werden kann, oder ob ein steter Drang und gleichzeitige Abneigung gegenüber Disclosure besteht mit

begleitender stressreicher emotionaler Reaktivität. Ein dysfunktionaler Disclosure wirkt sich direkt auf die Traumafolgesymptomatik resp. auf das Ausmass an Anpassung und Verarbeitung der durch das Erleben des Traumas entstandenen Herausforderungen. Uchino (2009) hielt fest, dass sich verschiedene sozial-interpersonelle Faktoren auf unterschiedliche Weise auf die Gesundheit eines Individuums auswirken können – was in den vorliegenden Studienergebnissen Bestätigung fand.

Schliesslich sollen Parallelen zu einem jüngst erschienenen Artikel gezogen werden, welchem dieselbe Untersuchung wie der vorliegenden Studie zugrundelag (Maercker, Gäbler, O'Neil, Schützwohl & M. Müller, 2013). Dieser konnte vier Verlaufsformen der PTBS nachweisen: 36% wiesen einen chronischen und 27% einen resilienten Verlauf auf, 26% waren gesund und 12% unterlagen einem delayed-onset. Ein weiterer Befund dieser Studie war, dass diese Verläufe vor allem durch die nach dem Trauma einwirkenden („post-“) und in geringerem Masse durch die vor oder während des Traumas einwirkenden („prä-“ oder „peritraumatische“) Faktoren vorhergesagt wurden. Insbesondere war es eine Subskala des dysfunktionalen Dysclosures, nämlich der Rededrang, womit ein resilienter Verlauf vorhergesagt werden konnte. Die Autoren argumentieren, dass dies bei denjenigen Personen ausgeprägt vorhanden ist, welche die Erinnerung an ihre traumatischen Erfahrungen noch nicht in die eigene Lebensgeschichte haben integrieren können. Weiter zeigte sich, dass ein hohes Ausmass an sozialer Unterstützung einen gesunden, während ein geringes Ausmass einen chronischen PTBS-Verlauf vorhersagte. Insgesamt untermauert dies die Ergebnisse der vorliegenden Studie, welche sich gänzlich auf „posttraumatische“ Faktoren konzentriert hatte, nämlich auf sozial-interpersonelle Faktoren.

Die nachfolgenden Punkte dieser Studie sind als kritisch zu beschreiben.

Erstens verwiesen einige der Fit-Indizes innert der Pfadanalysen auf eine mangelhafte Passung der drei Arbeitsmodelle auf die zugrundeliegende empirische Datenstruktur. Jedoch besteht bis heute kein Fit-Index, welcher alle Kriterien für eine Modellpassung befriedigt. Somit lautet das Credo, dass eine Modellpassung dann befürwortet ist, wenn die Mehrzahl der verwendeten Fit-Indizes auf eine Passung hinweisen (Schumacker & Lomax, 2010, S. 91), was in der vorliegenden Studie der Fall war. Zweitens muss die Stichprobe aufgrund der Rekrutierungsstrategie als selektiv beschrieben werden. Somit beinhaltet diese Studie eine wenig bekannte Repräsentation interpersoneller Traumata und die Generalisierung der Studienergebnisse bleibt unklar. Drittens fällt die Stichprobengrösse insbesondere für pfadanalytische Berechnungen gering aus (Hox & Bechger, 1998). In pfadanalytischen Berechnungen kann eine geringe Stichprobengrösse zu Typ-I Fehlern führen (fälschlicherweise ein Modell akzeptieren). Um dieser Einschränkung a priori zu begegnen wurden die berechneten Pfade aufgrund theoretischer Überlegungen selektiert. Weiter wurde die Anzahl untersuchter Parameter dadurch beschränkt, dass wo möglich auf Summenwerte der jeweiligen Skalen fokussiert wurde. Trotz der geringen Stichprobengrösse konnte eine Reihe relevanter Effekte aufgezeigt werden, welche im Einklang mit vorgängigen Studienergebnissen ausfielen, dabei deren Stichhaltigkeit trotz geringer Stichprobengrösse unterstützend. Es muss jedoch angefügt werden, dass die replizierten Studien andere Stichproben beinhalteten und eine Übertragung nicht per se möglich ist. Viertens korrelierten generelle soziale Unterstützung sowie Vergebung nicht signifikant mit Vermeidungsverhalten. Generell verlangen regressions-dependente Analysen wie Pfadanalysen signifikante Interkorrelationen als Voraussetzung. Gleichzeitig kann von einem Zusammenhang zwischen Prädiktor und Kriterium ausgegangen werden,

wenn der Prädiktor mit dem Mediator und letzterer mit dem Kriterium assoziiert ist (Shrout & Bolger, 2002). Fünftens können aufgrund des querschnittlichen Studiendesigns nur Annahmen zu Kausalität getätigt werden. Sechstens wurden keine Vergleiche der Altersgruppen angestellt, Unterschiede hinsichtlich Dauer der Inhaftierung wurden nicht untersucht.

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass das Wissen um spezifische Pfade zur PTBS individuellere und elaboriertere therapeutische Strategien entwickelt werden können. Das Wissen um sowohl Risiko- als auch protektive Faktoren kann als relevant für die Verhinderung langfristiger, chronischer PTBS-Verläufe beschrieben werden. Ehemals politisch Inhaftierte während der DDR stellen eine Hochrisikogruppe für posttraumatische Erkrankungen dar und gering ausgeprägte sozial-interpersonelle Faktoren oder Ressourcen üben zusätzlichen Druck auf diese vulnerable Personengruppe aus. Die Studienergebnisse verwiesen auf die bedeutsame Rolle von traumaspezifischen sozial-interpersonellen Faktoren, nämlich dysfunktionaler Disclosure und erlebte Wertschätzung, aber auch auf den Stellenwert von traumaunspezifischeren sozial-interpersonellen Faktoren wie generelle soziale Unterstützung und Vergebungstendenz. Letztere scheinen eine Art Vorbedingung für traumaspezifischere Faktoren darzustellen. Zukünftige Studien sind angeregt ein längsschnittliches Design zu verwenden, sodass Aussagen hinsichtlich Kausalität getätigt werden können.

Literaturverzeichnis

Allemand, M., Amberg, I., Zimprich, D., & Fincham, F. D. (2007). The role of trait forgiveness and relationship satisfaction in episodic forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 199-217.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text revision* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Press.
- Bentler, P. M., & Chou, C. (1987). Practical issues in structural equation modeling. *Sociological Methods and Research*, 16, 78-117.
- Blunch, N. J. (2008). *Introduction to structural equation modeling using SPSS and AMOS*. Los Angeles: Sage.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of risk factors of posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brown, R. P. (2003). Measuring individual differences in the tendency to forgive: construct validity and links with depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 759-771.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Hrsg.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park: Sage.
- Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Ding, L., Velicer, W. F., & Harlow, L. L. (1995). Effects of estimation methods, number of indicators per factor, and improper solutions on structural equation modeling fit indices. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 2, 119-143.
- Downey, R. G. & King, C. V. (1998). Missing data in likert ratings: a comparison of replacement methods. *The Journal of General Psychology*, 125(2), 175-191.
- Fankhauser, S., Wagner, B., Krammer, S., Aeschbach, M., Pepe, A., Maercker, A., et al. (2010). The impact of social and interpersonal resources on adjustment

- disorder symptoms in older age: motivational variables as mediators?
GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry,
 23(4), 227-241.
- Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H. J., & Maercker, A. (2009).
 Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of
 coherence in former German child soldiers of World War II. *American Journal
 of Psychiatry*, 17, 1030-1039.
- Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G., & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur
 sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen
 Stichprobe. *Diagnostica*, 45, 212-216.
- Gäbler, I., & Maercker, A. (2011). Revenge phenomena and posttraumatic stress
 disorder in former East German political prisoners. *The Journal of Nervous &
 Mental Disease*, 199, 287-294.
- Gidron, Y., Peri, T., Connolly, . F., & Shale, A. Y. (1996). Written disclosure in
 posttraumatic stress disorder: is it beneficial for the patients? *Journal of
 Nervous and Mental Disorders*, 184, 505-507.
- Halvorsen, J., & Kagee, A. (2010). Predictors of psychological sequelae of torture
 among South African former political prisoners. *Journal of Interpersonal
 Violence*, 25(6), 989-1005.
- Hauffa, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Glaesmer, H. (2011).
 Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the
 german population. *The Journal*
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: a measure of
 subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hox, J. J., & Bechger, T. M. (1998). An introduction to structural equation modeling.
Family Science Review, 11, 354-373.

- Maercker, A. (1995). Psychische Folgen politischer Inhaftierung in der DDR. *Das Parlament: Beilage aus Politik und Zeitgeschichte*, 38.
- Maercker, A. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1997). Long-term effects of political imprisonment: a group comparison study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 435-442.
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998a). Psychological long-term effects of political imprisonment in the former German democratic republic: findings from a group comparison study. In G. Heess-Erler, R. Manz & W. Kirch (Hrsg.), *Public health research practice: report of the public health research association Saxony* (pp. 215-235). Regensburg: Rodener.
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998b). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event-Skala-revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130-141.
- Maercker, A., & Müller, J. (2004). Social acknowledgment as a victim or survivor: a scale to measure recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 345-351.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, et al. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 113-120.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79, 577-586.

- Maercker, A., Mohiyeddini, C., Müller, M., Xie, W., Yang, Z. H., Wang, J., et al. (2009). Traditional versus modern values, self-perceived interpersonal factors, and posttraumatic stress in Chinese and German crime victims. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 219-232.
- Maercker, A. & Horn, A. B. (2012). A socio-interpersonal perspective on PTSD: the case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, doi: 10.1002/cpp.1805
- Maercker, A., Gäbler, I., O'Neil, J., Schützwohl, M. & Müller, M. (2013). Long-term trajectories of PTSD or resilience in former East German political prisoners. *Torture: Journal of Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*. Ahead of Print.
- Maercker, A., Gäbler, I., & Schützwohl, M. (2013). Verläufe von Traumafolgen bei ehemaligen politisch Inhaftierten der DDR. Ein 15-Jahres-Follow-up. *Nervenarzt*, 84(1), 72-78.
- Müller, J., Beauducel, A., Raschka, J., & Maercker, A. (2000). Kommunikationsverhalten nach politischer Haft in der DDR. Entwicklung eines Fragebogens zum Offenlegen der Traumaerfahrungen. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8, 413-427.
- Müller, J., & Maercker, A. (2006). Disclosure und wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer als Prädiktoren von PTB bei Kriminalitätsoptionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 49-58.
- Müller, M., Forstmeier, S., Wagner, B., & Maercker, A. (2011). Traditional versus modern values and interpersonal factors predicting stress response syndromes in a Swiss elderly population. *Psychology, Health & Medicine*, 16, 631-640.

- Nie, N. H., Hull, C. H., Jenkins, J. G., Steinbrenner, K. & Bent, D. H. (1975).
Statistical package for the social sciences (2. Aufl.). New York: McGraw-Hill.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of
posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis.
Psychological Bulletin, 129, 52-73.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation
modeling* (3. Aufl.). New York: Routledge.
- Schützwohl, M., & Maercker, A. (2000). Anger in former east German political
prisoners: relationship to posttraumatic stress reactions and social support.
The Journal of Nervous & Mental Disease, 188, 483-489.
- Seagal, D. L., Bogaards, J. A., Becker, L. A., & Chatman, C. (1999). Effects on
emotional expression on adjustment to spousal loss among older adults.
Journal of Mental Health and Aging, 5, 297-310.
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and non-experimental
studies: new procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7,
422-445.
- Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2008). Social networks and health. *Annual Review
of Sociology*, 34, 405-429.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J.
(2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: findings from
a German community study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5), 693-
700.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Zech, E., & van den Bout, J. (2002). Does
disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from
two prospective studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70,
169-178.

- Uchino, B. N. (2009). What a lifespan approach might tell us about why distinct measures of social support have differential links to physical health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 53-62.
- Weinhardt, M. & Schupp, J. (2011). Die Messung individueller Vergebungstendenz im SOEP: Skaleneigenschaften der deutschen Version der Tendency-to-Forgive-Scale. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The impact of event scale – revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Hrsg.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (S. 399-411). New York: Guilford.
- Weissflog, G., Klinitzke, G. & Hinz, A. (2011). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und posttraumatische Belastungsstörung bei in der DDR politisch Inhaftierten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 61, 133-139.
- Witvliet, C. V. O., Phipps, K. A., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2004). Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 269-273.
- Worthington Jr., E. L., & Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: theory, review and hypotheses. *Psychology & Health*, 19, 385-405.
- Wu, C.-H., Chen, S.-H., Weng, L.-J., & Wu, Y.-C. (2009). Social relations and PTSD symptoms: a prospective study on earthquake-impacted adolescents in Taiwan. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 451-459.

11.2 PUBLIKATION 2

In Richtung „Komplexe PTBS“: die deutsche Version des Trauma Symptom Inventory (TSI) zur Erfassung komplexer Traumafolgen

Sandy Krammer, Ketj Simmen-Janevska & Andreas Maercker

Abstract

Theoretischer Hintergrund. Diese Studie überprüfte mit teststatistischen Verfahren die deutsche Übersetzung des Trauma Symptom Inventory (TSI) von Briere [1], das die Komplexe PTB-Symptomatik erfassen soll.

Methode. Das TSI war Teil einer Testbatterie, welche weiter den Childhood Trauma Questionnaire, Short Screening Scale, Short Form Health Survey, Geriatrische Depressionsskala und das Mini International Neuropsychiatric Interview enthielt. Untersucht wurde eine Stichprobe von N = 116 älteren Personen (Altersbereich: 59-98 Jahre; 40.5% Frauen) mit einer Häufung potentiell traumatischer Erfahrungen in der Kindheit.

Ergebnisse. Die deutsche Version des TSI zeigte eine adäquate interne Konsistenz, überwiegend gute Trennschärfen und Schwierigkeitsindizes sowie eine gute Kriteriums- und Konstruktvalidität. Hinsichtlich faktorieller Validität konnte ein Validierungsmodell [2] aus dem europäischen Raum tendenziell besser repliziert werden, als das amerikanische Originalmodell von Briere.

Schlussfolgerungen. Das TSI erwies sich als reliables, ökonomisches und teilweise valides Instrument zur Erfassung der Komplexen PTB-Symptomatik.

Einleitung

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) ist ein ursprünglich vor allem von Herman [3] motiviertes Störungskonzept, das im Zuge der Revisionen der International Classification of Diseases (ICD) und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) als neue „offizielle“ diagnostische Störungseinheit zur Diskussion steht. Nach diesem Konzept evoziert eine langdauernde und/oder wiederholte Traumatisierung (sog. Typ-II-Traumatisierung) ein andersartiges posttraumatisches Symptommuster als die klassische PTBS nach kurzdauernder und/oder einmaliger Typ-I-Traumatisierung [4]. Nach Herman [3] zählen zu dieser Symptomatik eine gestörte Affektivität bzw. deren Regulation, Bewusstseinsveränderungen, gestörte Selbstwahrnehmung, gestörte Wahrnehmung des Täters, Beziehungsprobleme und eine Veränderung des Wertesystems [5, 6]. Auf der Basis dreier neuerer Studien scheinen dabei nebst der klassischen PTB-Symptomatik vor allem die gestörte Affektivität bzw. deren Regulation, eine gestörte Selbstwahrnehmung sowie sozial-interpersonelle Defizite die KPTB-Symptomatik zu definieren [7, 8, 9].

Zur Erfassung der KPTB-Symptomatik bestanden bislang im deutschen Sprachraum kaum ökonomische und spezifische Messinstrumente. Es gibt das Interview zur Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS) [10], das auf dem Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) beruht [11]. Jedoch wird die Erfassung der Komplexen PTBS mitunter aufgrund konzeptueller Schwierigkeiten kritisiert [12]. Zudem verweisen erste Validierungsarbeiten auf teilweise unbefriedigend ausfallende Gütekriterien (bspw. bewegen sich die Cronbach α der einzelnen Skalen von .05 bis .71) [13]. Dennoch wird in vielen Kliniken und Praxen schon heute die Diagnose der Komplexen PTBS vergeben, weil daraus spezifische therapeutische Implikationen abgeleitet werden können. Die

Etablierung eines validen und reliablen deutschen Self-Report Inventars zur Erfassung der komplexen Symptomatik nach Typ-II-Traumatisierung erscheint notwendig.

Nach einer Umfrage bei Mitgliedern der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) stellt das Trauma Symptom Inventory (TSI) das am häufigsten verwendete Selbstratinginstrument im klinischen Setting dar - insbesondere nach Typ-II-Traumatisierung [14]. Mittlerweile wurde es in mehrere Sprachen übersetzt – unter anderem chinesisch, französisch, hebräisch, italienisch, polnisch, spanisch, schwedisch² – und findet internationale Verwendung, u.a. in der Feldstudie zur DSM-Revision [2, 15]. Die vorliegende Studie verfolgte das Ziel, die deutschsprachige Version des TSI einer ersten teststatistischen Überprüfung zu unterziehen, nachdem teststatistische Überprüfungen anderer Übersetzungen des TSI bereits stattgefunden haben [z.B. 1, 2]. Dabei wurde auf Aspekte der Reliabilität und Validität fokussiert.

Trauma Symptom Inventory (TSI)

Das TSI ist ein Self-Report-Fragenbogen zur mehrdimensionalen Erfassung der Komplexen PTB-Symptomatik, der von John Briere (Los Angeles) vorgelegt wurde [1]. Es handelt sich um eine Weiterentwicklung der Trauma Symptom Checklist (TSC-33/40) [16]. Das TSI wurde psychometrisch deskriptiv mittels eines Prozesses der Itemformulierung, -sammlung und -evaluation konstruiert und nicht als Umsetzung eines bestimmten theoretischen Konzepts (z.B. der Komplexen PTBS nach Herman [3] oder van der Kolk [7]). Die klinische Relevanz der erfassten komplexen traumabezogenen Symptomatik kann anhand von Schwellenwerten eingeschätzt werden.

² <http://www4.parinc.com/Products/PermsLicensing.aspx?id=31>

Das TSI beinhaltet 100 Items. Dabei werden einige der Items mehreren Skalen zugeordnet, d.h. einige Items fließen in die Scores mehrerer Skalen ein. Das Inventar gliedert sich in zehn klinische Skalen sowie drei Validitätsskalen und beinhaltet zudem zwölf kritische Items.

Zu den zehn klinischen Skalen gehören ängstliche Erregung (AE; 8 Items), Depression (DE; 8 Items), Wut/Irritierbarkeit (WI; 9 Items), intrusive Erfahrungen (IN; 8 Items), abwehrende Vermeidung (AV; 8 Items), Dissoziation (DI; 9 Items), sexuelle Besorgnis (SB; 9 Items), dysfunktionales Sexualverhalten (DY; 9 Items), inadäquate Selbstwahrnehmung (IS; 9 Items) und Spannungsabbau-Verhalten (SV; 8 Items); inhaltliche Angaben zu den Skalen können der Tabelle 1 entnommen werden. Fünf dieser klinischen Skalen (AE, DE, WI, IN, AV) sind entsprechend den PTBS-Kriterien des DSM-IV formuliert, während die anderen fünf klinischen Skalen (DI, SB, DY, IS, SV) über die klassische PTBS hinausgehende, traumabezogene Folgen beschreiben. Insgesamt postuliert der Originalautor auf der Basis theoretischer Überlegungen sowie explorativer und konfirmatorischer Faktorenanalysen, dass den klinischen Skalen des TSI nicht ein 2- sondern ein 3-Faktoren-Modell unterliegt, mit den Faktoren posttraumatischer Stress, Selbst-Funktionen und Stimmungsstörungen. Für jede klinische Skala bestehen geschlechtsspezifische klinische Schwellenwerte, deren Überschreitung auf eine klinisch relevante Symptomatik verweist.

Die drei Validitätsskalen sind atypisches Antwortverhalten (ATY; 10 Items), inkonsistentes Antwortverhalten (INK; 20 Items) und Antwortniveau (ANT; 10 Items). Jede Skala bietet zwei Schwellenwerte: eine tiefer angesetzte Schwelle für verdächtige, aber tolerierbare Werte, eine höher angesetzte für Werte, die kritisch und nicht zu tolerieren sind und von deren Analyse abgesehen werden sollte. Die

Überschreitung einer dieser Skalen deutet also auf eine mögliche Verzerrung der Antworten durch eine

Tabelle 1

Skalen des Trauma Symptom Inventory (TSI)

Skalen	Beschreibung
Klinische Skalen:	
Ängstliche Erregung (AE)	Ausmass, in welchem Angst und autonomisches Hyperarousal erlebt werden.
Depression (DE)	Ausmass, in welchem depressive Stimmungen und depressive Kognitionen angegeben werden.
Wut / Irritierbarkeit (WI)	Ausmass, in welchem wütende Verstimmungen und weitere irritierende Gefühle wahrgenommen werden.
Intrusive Erfahrungen (IE)	Ausmass, in welchem intrusive posttraumatische Reaktionen und Symptome erlebt werden. Entspricht dem B-Kriterium der PTBS nach DSM-IV.
Abwehrende Vermeidung (AV)	Ausmass, in welchem wiederholt aversive interne Erfahrungen vermieden werden. Entspricht dem C-Kriterium der PTBS nach DSM-IV.
Dissoziation (DI)	Ausmass, in welchem dissoziative Symptome wahrgenommen werden.
Sexuelle Besorgnis (SB)	Ausmass, in welchem sexueller Stress und Dysfunktionen berichtet werden, im Sinne von sexueller Unbefriedigung, negativen Gedanken oder Gefühlen während dem sexuellen Verkehr, sexuellen Sorgen und Problemen sowie Scham hinsichtlich sexueller Aktivitäten.
Dysfunktionales Sexualverhalten (DY)	Ausmass, in welchem sexuelles Verhalten als dysfunktional oder problematisch erlebt wird. Dem Sexualverhalten kommt dabei eine manipulative Rolle zuteil, bspw. als Massnahme gegen Einsamkeit.
Inadäquate Selbstwahrnehmung (IS)	Ausmass, in welchem Schwierigkeiten hinsichtlich der Wahrnehmung der eigenen Identität und des Selbst widergegeben werden.

Tabelle 1 Fortsetzung

Spannungsabbau-Verhalten (SV)	Ausmass, in welchem Verhaltensweisen zum Abbau von Anspannungen angegeben werden, sodass interne Zustände moduliert, unterbrochen, vermieden oder gemindert werden.
Validitätsskalen:	
Atypisches Antwortverhalten (ATY)	Ausmass, in welchem eine Person in statistischer Sicht atypische Antworten gibt.
Antwortniveau (ALE)	Ausmass, in welchem eine Person übermässig häufig mit „0“ antwortet.
Inkonsistentes Antwortverhalten (INK)	Ausmass, in welchem eine Person sich widersprechende Angaben tätigt.
Kritische Items (KRI)	Identifikation von Personen mit psychopathologischen Auffälligkeiten anders als KPTBS.

Person hin und motiviert zu einer Verwerfung des Testergebnisses. Die zwölf kritischen Items differenzieren weitere psychopathologische Indikatoren, die nicht zum Bereich KPTBS gehören und haben somit eine differentialdiagnostische Funktion. Sieben dieser kritischen Items entstammen klinischen Skalen, während die verbleibenden fünf speziell für diese Skala gebildet wurden.

Eine Reihe von Studien wies das TSI als psychometrisch reliabel und valide aus. So wurde die interne Konsistenz in der nicht-klinischen Standardisierungs-Stichprobe mit einem durchschnittlichen Cronbach α von .86 angegeben (Bereich: α = .74-.91), das sich unwesentlich vom durchschnittlichen Cronbach α der klinischen Standardisierungs-Stichprobe unterscheidet [1].

Bezüglich der Konstruktvalidität zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen verschiedenen Traumatisierungserfahrungen und entsprechend erhöhten

TSI-Werten. Entsprechend zeigten sich beim Vergleich von Personen mit versus ohne Viktimisierungserfahrungen erhöhte TSI-Werte bei Ersteren. Dabei erwiesen sich sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit sowie sexuelle Übergriffe im Erwachsenenalter als signifikante Prädiktoren für die TSI-Skalen [1].

In Hinblick auf die Konvergente Validität zeigten sich die erwarteten Zusammenhänge zwischen den TSI-Skalen und den entsprechenden Subskalen der Impact of Event Scale (IES) (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal). Weiter kam es zu hypothesengerechten Korrelationen mit dem Brief Symptom Inventory (BSI) (Angst, Depression, Hostility) und mit Persönlichkeitsinventaren [1].

Hinsichtlich der prospektiven Kriteriumsvalidität konnten die TSI-Skalen in 86% der Fälle korrekt zwischen Personen mit und ohne PTBS unterscheiden [17]. In Bezug auf die retrospektive Kriteriumsvalidität zeigten sich bei Personen mit versus ohne Kindheitstraumatisierung signifikant erhöhte TSI-Werte bei Ersteren, wobei höhere TSI-Werte mit schwererer Traumatisierung einhergingen [18]. Bezüglich der inkrementellen Validität konnte das TSI in signifikantem Ausmass zusätzliche Varianz gegenüber IES, SCL und BSI aufklären [1].

Die Befunde zu den Validitätsskalen fielen uneinheitlich aus. Auf der einen Seite beschrieb Briere entsprechend gerichtete Zusammenhänge zwischen der TSI-ATY und der Negative Impression Skala des Personality Assessment Inventory (PAI), sowie zwischen der TSI-ATY und der Positive Impression Skala des PAI [1]. Die TSI-INK-Skala blieb mit der PAI-Inkonsistenz-Skala unkorreliert. Auf der anderen Seite deuteten Studien darauf hin, dass der TSI-ATR Cut-Off inadäquat zu Klassifizierungszwecken zu sein scheint [19].

Hinsichtlich faktorieller Validität erwies sich die adäquate Fit-Indizes erreichende 3-Faktorenlösung des Originalautors mit den Faktoren Trauma (IE, AV, DI, IS), Selbst (IS, SB, DY, SV, WI) und Dysphorie (WI, DE, AE) von besonderer

Bedeutung. Wie für andere klinische Messinstrumente war es wichtig das Instrument auch in anderen Kulturkreisen zu überprüfen. Die Überprüfung des TSI an klinischen, nicht-klinischen und posttraumatischen Personen brachte ein modifiziertes 3-Faktorenmodell hervor, mit erstens Trauma (IE, AV, AE), zweitens Dysphorie und Selbst-Dysfunktion (IS, DE, WI, DI, SV, AE) und drittens sexuellen Problemen (SV, DY, SB) [2].

Fragestellung

Diese Studie verfolgte das Ziel die deutsche Version des US-amerikanischen Trauma Symptom Inventory (TSI) einer teststatistischen Überprüfung zu unterziehen. Dabei wurde insbesondere auf Reliabilität und Validität fokussiert, zudem wurden klinische Schwellenwerte berechnet. Die Überprüfung bezog sich dabei auf ehemalige schweizer Verding- und Heimkinder, was nachfolgend erläutert wird.

Methoden

Stichprobe. Das TSI wurde von N = 116 älteren deutschsprachigen Schweizern ausgefüllt, davon 40.5% Frauen (N = 47). Einschlusskriterien waren eine sog. Verdingung (N = 50), eine Heimeinweisung (N = 16), beides (N = 45) oder anderes (N = 5) in der Kindheit sowie ein heutiges Alter von (zunächst so definiert) 70 Jahren oder älter. Als Altersbereich ergab sich die Altersspanne von 59 bis 98 Jahren (M = 77.0 Jahre, SD = 7.1), da aus strategischen Rekrutierungs-Gründen in Einzelfällen (N = 17) vom Mindestalter abgewichen wurde (z.B. im Falle von Vereinen ehemaliger Verdingkinder die Teilnahmemotivation der über 70jährigen durch den Ausschluss der unter 70jährigen sank). Bei den Verdingkindern handelte es sich um nun ältere Personen, welche als Kinder aus heute umstrittenen sozialökonomischen Indikationen bis in die 1960er Jahre durch lokale Behörden auf

Bauernhöfen oder in Kinderheimen untergebracht wurden; insbesondere auf Bauernhöfen mussten sie als Kinder für ihren Lebensunterhalt mitarbeiten. Sie waren dabei in erhöhtem Mass potentiell traumatischen Erfahrungen ausgesetzt (z.B. sexuellem Missbrauch), was heute von Historikern offengelegt wird und wozu in der Schweiz politische Aufarbeitungsgremien eingesetzt werden [20]. Es handelte sich um eine nicht therapie-bezogene bzw. –suchende Stichprobe im Rahmen eines grösseren Forschungsprojekts.

Durchschnittlich wurden 10.5 Jahre Ausbildungsdauer angegeben. 39.7% waren aktuell verheiratet, 24.1% geschieden oder getrennt, 30.2% verwitwet und 6% ledig. Weiter lebten 46.6% alleine, 45.7% mit einem Partner oder Freund, 7.8% wohnten in einem Altersheim. Hinsichtlich der Wohnsituation und des Familienstandes kam es zu signifikanten Geschlechtsdifferenzen, dahingehend, dass Männer häufiger mit ihrer Partnerin, Familie oder in Wohngemeinschaft wohnten und häufiger verheiratet waren als Frauen.

Das durchschnittliche Alter bei Beginn der potentiell traumatischen Erfahrungen (entspricht Verdingungs-, Heimbeginn) betrug 5.8 Jahre (Altersbereich: 0-16, SD = 4.4), die Dauer betrug durchschnittlich 10.8 Jahre (Spanne: 1-26, SD = 5.2).

Datenanalyse. Es wurden deskriptive Angaben und Verteilungsmuster für alle relevanten Konstrukte, Angaben zur internen Konsistenz des TSI, Trennschärfen und Schwierigkeitsindizes berechnet. Es erfolgte eine Analyse der konvergenten und divergenten Konstruktvalidität, sowie retro- und prospektive Kriteriumsvalidität. Die faktorielle Validität wurde anhand zwei konfirmatorischer Faktorenanalysen (Strukturgleichungsmodelle) eingeschätzt, und zwar sowohl die Original- als auch die alternative 3-Faktorenlösung [1, 2]. Zusätzlich erfolgte post hoc eine exploratorische Faktorenanalyse.

Messinstrumente. Nebst dem TSI wurden Angaben zur Kindheitstraumatisierung, zur klassischen PTBS, zu Depressivität, zur physischen und psychischen Gesundheit, sowie soziodemografische Angaben erhoben.

Trauma Symptom Inventory. Basierend auf einer Übersetzungs-Rückübersetzungs-Prozedur wurden alle 100 Items des TSI vom Englischen ins Deutsche und zur Überprüfung wieder rück-übersetzt³. Die englische Rückübersetzung wurde vom Autor des Originals autorisiert.

Jedes Item des TSI wurde hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens im aktuellen Zeitraum („In den letzten 6 Monaten, wie oft haben Sie folgendes erlebt...“) auf einer vierstufigen und äquidistanten Likert-Skala von 0 „nie“ bis 3 „sehr oft“ in einem Forced-Choice-Format eingeschätzt.

Die Interpretation der klinischen Skalen erfolgte skalenspezifisch, wobei die Rohwerte der TSI-Skalen in T-Werte umgewandelt wurden. Höhere Werte signalisierten dabei eine stärker ausgeprägte Symptomatik. Klinisch relevante Werte lagen bei einem T-Wert ≥ 65 vor. Ein Summenwert wurde nicht angestrebt. Auch die Rohwerte der Validitätsskalen werden in die T-Verteilung überführt, wofür ebenfalls Cut-Off-Werte bestehen.

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Potentiell traumatische Ereignisse in der Kindheit wurden mittels des CTQs erfasst. Dies ist ein Self-Report-Fragebogen mit 31 Items (fünfstufige Likert-Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr häufig“). Er misst emotionalen, physischen und sexuellen Missbrauch sowie emotionale und physische Vernachlässigung [21, 22]. In der vorliegenden Studie wurden Cronbach α von 0.77, 0.89, 0.96, 0.86, respektive 0.33 (Subskalen) und 0.89 (Summenwert) erzielt.

³ Herzlichen Dank an Dr. Moyra Mortby und lic. phil. Livia Pfeifer für ihre wertvolle Unterstützung bei der Übersetzung des TSI.

CIDI-Liste und Short Screening Scale (SSS) für PTBS. Mittels der DIA-X Traumaliste (CIDI-Liste) wurde festgestellt, ob mindestens ein potentiell traumatisches Ereignis erlebt worden war [23, 24]. Im positiven Fall wurde die sieben Items umfassende SSS zur Erfassung der klassischen PTB-Symptomatik eingesetzt [25]. Die Items wurden auf einer vierstufigen Likert-Skala von „überhaupt nicht“ bis „5mal pro Woche/fast immer“ eingeschätzt. Es kann ein Summenwert über die Symptomatik gebildet sowie eine Verdachtsdiagnose gestellt werden [25]. Das Cronbach α der SSS belief sich auf 0.75.

Geriatrische Depressionsskala (GDS). Diese Skala erfasste die depressive Symptomatik. Die GDS beinhaltet 15 Items mit dichotomem Antwortformat (ja/nein). Als Cut-Off für das Vorliegen einer Depression galt der Wert 6 [26, 27]. Das Cronbach α belief sich auf 0.85.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Das MINI stellt ein Interview-Screening zur Erfassung psychischer Störungen dar. Es wurden die folgenden Störungsbilder erhoben: Major Depression, Dysthymie, (Hypo-)Manische Episode, Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie, Zwangsstörung, Alkoholabhängigkeit oder –missbrauch, Drogenabhängigkeit oder –missbrauch, psychotische Störungen, generalisierte Angststörung, antisoziale Persönlichkeitsstörung [28].

Short Form Health Survey (SF12). Das SF12 erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand zwölf Items. Es wurde je ein Summenwert für die körperliche und einer für die psychische Gesundheit gebildet [29, 30].

Ergebnisse

Verteilungsmuster der Diagnosen und anderen Störungswerte

Die Verteilungsparameter von CTQ, SSS, GDS, MINI (nur Depression) und SF12 können den „supplementary files“ online entnommen werden. Die CTQ-Skalen fielen für beide Geschlechter erhöht aus, 82.8% wiesen einen klinisch relevanten CTQ-Score auf. In Bezug auf sexuellen Missbrauch zeigte sich eine signifikante Geschlechtsdifferenz zu Ungunsten der Frauen.

Hinsichtlich des PTBS-Scores, welcher über die gesamte PTB-Symptomatik gebildet wurde, zeigte sich eine signifikante Geschlechtsdifferenz mit höheren Werten bei Frauen. Bei N = 20 (26.3%) konnte eine PTBS eingeschätzt werden. Die Angaben zur PTBS beziehen sich jedoch lediglich auf diejenige Teilstichprobe (N = 76), welche mindestens ein traumatisches Ereignis nannte, das dem A-Kriterium nach ICD-10 entspricht.

Nach GDS bestand bei 28 Personen (24.1%) die Verdachtsdiagnose Depression. Die Werte der Frauen waren leicht erhöht, jedoch lag keine statistisch signifikante Differenz vor. Der SF12 zeigte in der vorliegenden Studie eine signifikante Geschlechtsdifferenz hinsichtlich der körperlichen Lebensqualität zu Ungunsten der Frauen.

Mittels MINI sind bei 12.9% eine aktuelle, 30.2% eine frühere Major Depression und 6.9% eine aktuelle Dysthymie zu diagnostizieren. Eine Panikstörung (Lebenszeit) wurde von 5.2%, aktuelle soziale Phobie von 3.4%, Zwangsstörung von niemandem, aktuelle Alkoholabhängigkeit von 1.7%, aktuelle Substanzmittelabhängigkeit von 0.9%, aktuelle psychotische Episode von 2.6%, frühere von 6%, generalisierte Angststörung von 7.8% und eine antisoziale Persönlichkeitsstörung wurde von 0.9% berichtet.

Trauma Symptom Inventory

Tabelle 2 präsentiert die Verteilungsparameter des TSI sowie Angaben zur internen Konsistenz, Schwierigkeitsindizes und Trennschärfe. Bezüglich dysfunktionalem Sexual- und Spannungsabbau-Verhalten kam es zu signifikanten Geschlechtsdifferenzen mit höheren Werten bei Männern.

Interne Konsistenz und Interkorrelationen. Wie in Tabelle 2 präsentiert, wiesen die zehn klinischen Skalen des TSI mit Cronbach α von 0.73 bis 0.86 akzeptable bis gute interne Konsistenzen auf. Alle Skalen des TSI interkorrelierten signifikant mit sehr wenigen Ausnahmen ($N = 5$ nicht-signifikante Korrelationen; siehe „supplementary files“ online).

Schwierigkeitsindizes. Diese waren bei allen zehn klinischen Skalen unterhalb des Skalenmittelpunkts von 1.5 (Likert-Skala von 0 bis 3). Vor allem die Schwierigkeitsindizes der nicht-klassischen PTB-Skalen fielen auffallend gering aus (insbesondere: DY). Diejenigen Skalen mit den geringsten Schwierigkeitsindizes (DY und SV) wiesen die geringsten Standardabweichungen auf.

Trennschärfe. Diejenigen Skalen, die die klassische PTB-Symptomatik erfassen, wiesen zufriedenstellende Werte auf. Bei den nicht-klassischen PTB-Skalen fiel insbesondere die TSI-Skala DI tendenziell zu gering aus.

Klinische Schwellenwerte. Das TSI verfügt über skalen- bzw. geschlechtsspezifische klinische Schwellenwerte, deren Erreichung oder Überschreitung auf eine klinisch relevante Symptomatik hinweist (siehe Tab. 2). 60% der Studienteilnehmenden erreichten einen klinischen Schwellenwert.

Kriteriumsvalidität. Zur Abschätzung der retrospektiven Kriteriumsvalidität wurden bivariate Korrelationen zwischen allen Skalen des TSI und dem CTQ-Score berechnet. Mit wenigen Ausnahmen (2 von 10 Korrelationen; siehe „supplementary files“ online) fielen alle Korrelationen signifikant aus. Insbesondere die klassische

Tabelle 2

Interne Konsistenz, Trennschärfe, Schwierigkeiten, klinische Schwellenwerte und Verteilungsparameter TSI

	Interne Konsistenz (Cronbach α)	Schwierigkeitsindizes (M) der einzelnen Items	Trennschärfe ¹⁾ (r) der einzelnen Items	Überschreitung des klinischen Schwellenwerts (%; F/M ³⁾)	Verteilungsparameter: M (SD)			T für Geschlecht
					Alle	Frauen	Männer	
1 Ängstliche Erregung	.77	.56 bis 1.42	.42 bis .59	6.5%/20.3%	6.48 (4.68)	6.85 (4.51)	6.23 (4.80)	.69
2 Depression	.86	.52 bis 1.32	.48 bis .79	19.6%/27.5%	6.51 (5.93)	7.43 (6.61)	5.90 (5.39)	1.31
3 Wut/Irritierbarkeit	.85	.16 bis 1.03	.41 bis .72	8.7%/14.5%	5.89 (5.19)	5.26 (4.93)	6.30 (5.35)	-1.06
4 Intrusionen	.85	.39 bis 1.28	.46 bis .68	19.6%/27.5%	7.18 (5.85)	7.93 (5.64)	7.04 (6.02)	.31
5 Abwehr. Vermeidung	.84	.73 bis 1.47	.43 bis .67	17.4%/34.8%	8.31 (6.08)	8.91 (6.44)	7.91 (5.85)	.86
6 Dissoziation	.78	.32 bis .91	.23 ²⁾ bis .67	6.5%/20.3%	4.14 (4.35)	3.63 (3.87)	4.48 (4.63)	-1.03
7 Sexuelle Besorgnis	.84	.15 bis .75	.38 bis .78	11.1%/14.7%	2.92 (4.39)	2.11 (4.39)	3.46 (4.34)	-1.60
8 Dysfun. Sexualverhalt.	.84	.06 bis .30	.30 bis .76	4.4%/18.8%	1.45 (3.23)	.29 (.89)	2.20 (3.91)	-3.22**
9 Inadäquate Selbstwahrh.	.73	.33 bis .93	.30 bis .56	6.5%/21.7%	5.00 (4.32)	5.02 (3.84)	4.99 (4.64)	.04
10 Spannungsabbau-V.	.75	.05 bis .71	.35 bis .67	6.5%/18.8%	2.22 (3.15)	1.11 (1.68)	2.96 (3.66)	-3.20**

Bemerkungen. ¹⁾ korrigierte Item-Skala-Korrelationen; ²⁾ durch Weglassen des Items 20 verbesserte sich das Cronbach α auf .80; ³⁾ F

= Frauen, M = Männer. Signifikanzniveaus (zweiseitig): * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

PTB-Symptomatik korrelierte hoch. Die Einschätzung der prospektiven Kriteriumsvalidität erfolgte anhand der Korrelationen zwischen den TSI-Skalen und der SF12-Skala psychische Gesundheit. Es zeigten sich hoch signifikante Korrelationen mit wenigen Ausnahmen.

Konstruktvalidität. Zur Abschätzung der konvergenten Konstruktvalidität wurden bivariate Korrelationen mit konstruktnahen Skalen berechnet. Die meisten dieser Angaben können den „supplementary files“ online entnommen werden. Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der klassischen PTB-Symptomatik und -Diagnose gemessen mittels SSS und der klassischen PTB-Symptomatik gemessen mittels TSI. Eine hoch signifikante Korrelation zeigte sich zwischen TSI-DE und GDS ($p < 0.001$) einige signifikante Korrelationen zwischen den TSI-Skalen und der MINI-Skala aktuelle Agoraphobie (TSI-AE: $p < 0.05$, TSI-IE: $p < 0.05$), einige zwischen den TSI-Skalen und der MINI-Skala aktuelle soziale Phobie (TSI-AE: $p < 0.01$, TSI-IE: $p < 0.01$), und einige zwischen den TSI-Skalen und der MINI-Skala aktuelle generalisierte Angststörung (TSI-DE: $p < 0.05$, TSI-WI: $p < 0.01$, TSI-IE: $p < 0.01$, TSI-SB: $p < 0.05$ und TSI-SV: $p < 0.05$). Schliesslich traten einige signifikante Korrelationen zwischen der MINI-Skala aktuelle psychotische Episode und den TSI-Skalen WI ($p < 0.05$), IE ($p < 0.05$) und DI ($p < 0.05$) auf.

Zur Abschätzung der divergenten Konstruktvalidität wurden die TSI-Skalen mit anderen klinischen Skalen in Beziehung gesetzt. Es zeigten sich keine systematischen Zusammenhänge zwischen den TSI-Skalen und den gegenüber der KPTBS distalen klinischen Diagnosen gemäss MINI und der SF12-Skala körperliche Gesundheit, mit Ausnahme von IE und AV (in beiden Fällen $p < 0.05$).

Faktorielle Validität. Angaben zu den zwei berechneten konfirmatorischen Faktorenanalysen – das 3-Faktoren-Modell von Briere [1] und das 3-Faktoren beinhaltende Modell von Gambetti et al. [2] – können den Abbildungen eins und zwei

entnommen werden. Das an der Briere-Lösung orientierte 3-Faktoren-Modell wies ein hoch signifikantes X^2 von 4481.52 ($p < 0.001$) und nicht adäquat ausfallende CFI- und TLI-Werte von < 0.08 auf. Der RMSEA-Wert belief sich auf 0.98.

Abbildung 1

Konfirmatorische Faktorenanalyse des TSI anhand seiner Subskalen (links) zur Überprüfung des theoretischen 3-Faktoren-Modells des TSI nach Briere (N =116)

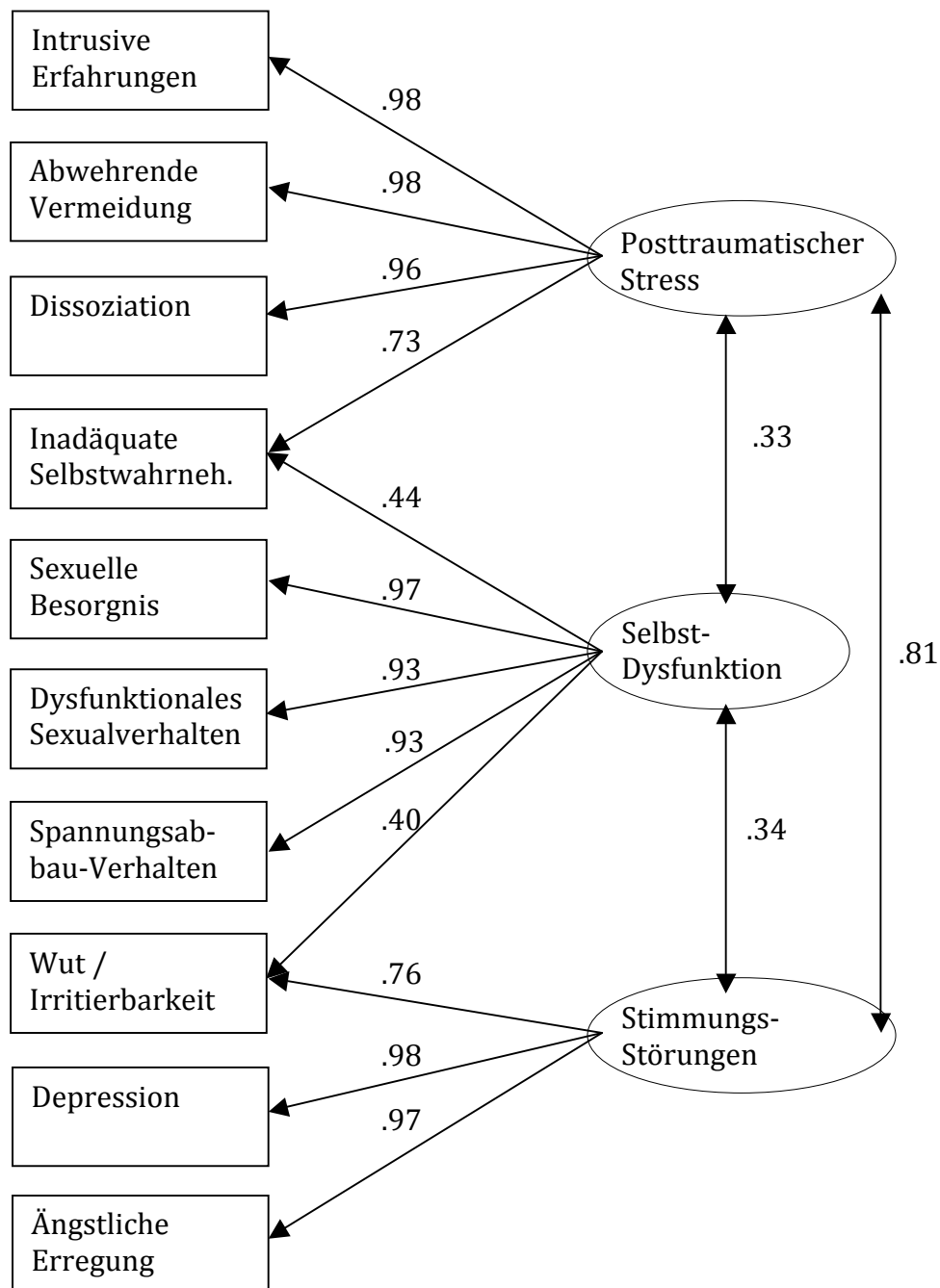
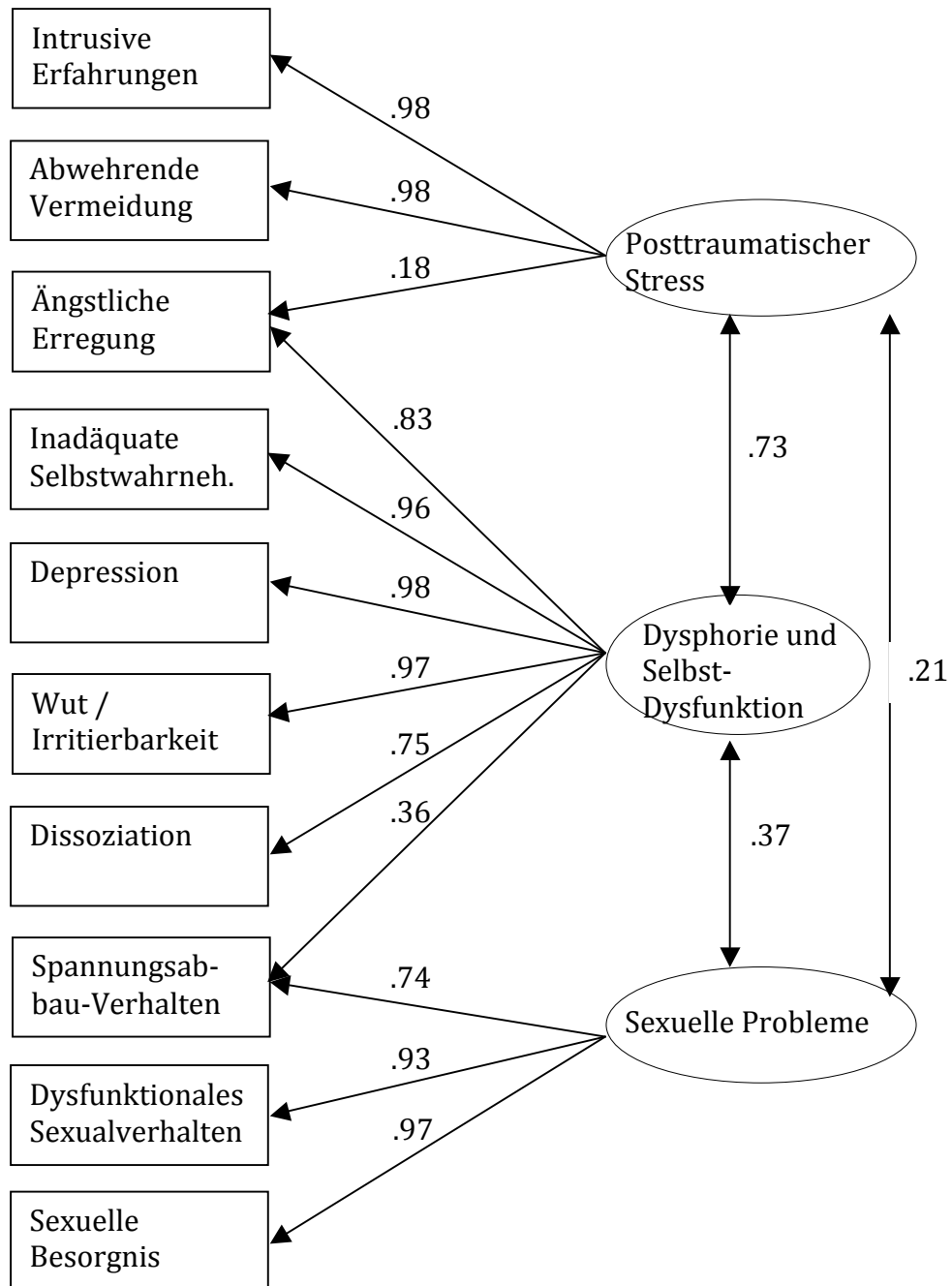


Abbildung 2

Konfirmatorische Faktorenanalyse des TSI anhand seiner Subskalen (links) zur Überprüfung des theoretischen Modells des TSI nach Gambetti et al. (N =116)



Das an der Lösung von Gambetti und Kollegen orientierte 3-Faktoren-Modell wies ebenfalls ein hoch signifikantes X^2 von 3656.11 ($p < 0.001$) und ähnlich ausfallende CFI- und TLI-Werte auf (< 0.08). Der RMSEA-Wert belief sich auf 0.90. Dieses Modell wies hohes, aber immerhin besseres AIC auf (3708.11) als dasjenige von Briere (4531.52). Als auffallend erwies sich die gering ausfallende Assoziation zwischen ängstlicher Erregung und dem posttraumatischen Stress (0.18).

Aufgrund der suboptimalen Ergebnisse der beiden durchgeführten konfirmatorischen Faktorenanalysen erfolgte post hoc eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse). Dabei wurde ein KMO-Wert von 0.87 und ein Bartlett-Wert von 713.97 ($p < 0.001$) erzielt. Die Analyse extrahierte zwei unabhängige Faktoren, deren Eigenwerte über 1.0 lagen. Ähnlich den Ergebnissen von Briere und Gambetti und Kollegen [1, 2] luden AE, IE, DE, IS, DI, WI und AV auf dem ersten (Faktorladungen: 0.87, 0.85, 0.81, 0.79, 0.77, 0.75 resp. 0.72) und DY, SB und SV auf dem zweiten Faktor (Faktorladungen: 0.92, 0.81 resp. 0.77) – wobei letztere Skala zwar geringer, aber dennoch ebenfalls auf dem ersten Faktor lud.

Validitätsskalen und kritische Items des TSI. Die Validitätsskalen weisen wie bereits dargestellt zwei Werte auf: einerseits verdächtige, aber tolerierbare Werte, andererseits kritische und nicht tolerierbare Werte (tiefer angesetzte Schwelle), die zu einem Ausschluss der betreffenden Person führen sollten (höher angesetzte Schwelle). Im Folgenden sollen pro Validitätsskala beide Werte beschrieben werden – jeweils zunächst die tiefer, dann die höher angesetzte Schwelle. 19.1% (tiefere Schwelle) bzw. 4.3% (höhere Schwelle) der Frauen und 17.4% bzw. 8.7% der Männer überschritten die klinischen Schwellenwerte hinsichtlich atypischem Antwortverhalten (Für Interpretation: Tab. 1). Hinsichtlich des Antwortniveaus überschritten 6.4% bzw. 4.3% der Frauen und 8.7% bzw. 2.9% den klinischen Schwellenwert. Das inkonsistente Antwortverhalten betreffend überschritten 21.3%

bzw. 7.3% der Frauen und 29.7% bzw. 6.3% der Männer den klinischen Schwellenwert. Weiter gaben 68.1% aller Personen bei mindestens einem kritischen Item eine Nicht-Null-Antwort an (16.4% gaben eine Nicht-Null-Antwort an, 15.5% zwei, 36.4% drei oder mehr). Es bestanden keine signifikanten Interkorrelationen unter den Validitätsskalen.

Diskussion

Das dieser Studie zugrundeliegende Ziel war eine erste psychometrische Überprüfung des ins Deutsche übersetzten Trauma Symptom Inventorys (TSI), das nach Expertenurteil das konzeptuell am besten geeignetste Instrument ist, die mögliche ICD-11 bzw. DSM-5-Diagnose der Komplexen PTBS zu untersuchen [14]. Diese Validierungsstudie wurde anhand einer Stichprobe von in der Kindheit traumatisierten älterer Schweizerinnen und Schweizern (sog. Verdingkinder) durchgeführt [20].

Die mit dem Childhood-Trauma-Questionnaire erhobene traumatische Belastung in der Kindheit war sehr hoch, insbesondere in den Bereichen sexueller und physischer Gewalterfahrungen in der Kindheit. Die Stichprobe scheint somit eine Hochrisikogruppe für posttraumatische Folgestörungen darzustellen.

Das TSI bietet zunächst durch Validitätsskalen und kritische Items eine wertvolle Auswerthilfe für den Gültigkeitsbereich, innerhalb dessen Aussagen erlaubt sind. In der vorliegenden Studie konnten bei insgesamt 13% nicht valide TSI-Profile aufgezeigt werden. Insgesamt 36% zeigten zumindest ein sog. Verdachts-Profil. Im ersteren Fall sollten die Werte von einer weiteren Analyse ausgeschlossen werden, in letzterem Fall sollten die Werte zumindest mit Vorsicht interpretiert werden.

Insgesamt erzielte der Test eine gute Reliabilität und Validität. Der Hauptparameter der internen Konsistenz des TSI fiel mit akzeptablen bis guten

Cronbach α vergleichbar hoch aus wie in vorherigen Studien [1, 2, 18] und war somit tendenziell höher als diejenige des Interviews zur Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung IK-PTBS [13]. Es war auffallend, dass die Schwierigkeitsindizes von allen klinischen Skalen unterhalb des Skalenmittelpunkts lagen, d.h. dass nur wenige Personen den Items zugestimmt haben. Vor allem die Schwierigkeitsindizes der über die klassische PTBS hinausgehenden Skalen (Dissoziation, sexuelle Besorgnis, dysfunktionales Sexualverhalten, inadäquate Selbstwahrnehmung und Spannungsabbau-Verhalten) fielen tendenziell zu tief aus. Somit wurde die untere Hälfte der Antwortskala zwar ausgenutzt, jedoch nicht die obere. Dies bedeutet, dass anhand der gegenwärtigen Itemformulierung vor allem schwer ausgeprägte Symptomatik erfasst wird. Aus anderen Störungs-Fragebögen, die original in den USA entwickelt wurden, sind ähnliche Phänomene bekannt, so dass möglicherweise in den USA die Symptomatik dramatischer geschildert wird als im europäischen Sprachraum [31]. Dies wird gestützt durch häufig beobachtete höhere PTBS-Prävalenzraten in Amerika verglichen mit Europa [32, 33]. Möglicherweise sollten die Fragen oder das Antwortformat für den Einsatz in deutscher Sprache abgeändert werden, sodass eine genauere Differenzierung zwischen symptombelasteten versus symptomfreien Personen möglich ist; dazu bedarf es weiterer Studien.

Die Trennschärfen fielen insgesamt zufriedenstellend aus. Diejenigen Skalen, die die klassischen PTB-Kriterien nach DSM repräsentieren, wiesen akzeptable Werte auf. Hinsichtlich der über die Grenzen der klassischen PTB-Symptomatik hinausgehenden Skalen (Dissoziation, sexuelle Besorgnis, dysfunktionales Sexualverhalten, inadäquate Selbstwahrnehmung, Spannungsabbauverhalten) fiel insbesondere die Skala Dissoziation zu tief aus. Folglich scheinen einige wenige Items eine nicht adäquate Differenzierungsfähigkeit aufzuweisen. Jedoch bestehen keine klaren Regelungen dahingehend, ab wann eine Trennschärfe zu verwerfen ist

[34]. Dies hängt zudem von der Homo- bzw. Heterogenität des zu erfassenden Konstrukts ab. Beinhaltet ein Konstrukt eine heterogene Symptomatik – wie im Fall der KPTBS – muss mit geringer ausfallenden Trennschärfen gerechnet werden.

Sowohl die divergente als auch die konvergente Konstruktvalidität fielen zufriedenstellend aus. So konnten erwartungsgemäss einerseits Zusammenhänge zwischen den TSI-Skalen und KPTBS-nahen Konstrukten und andererseits keine Zusammenhänge zwischen den TSI-Skalen und KPTBS-entfernteren Konstrukten aufgezeigt werden.

Jedoch konnte kein Zusammenhang zwischen der klassischen PTB-Symptomatik gemessen per TSI und der klassischen PTBS gemessen per Short Screening Scale (SSS) nachgewiesen werden. Hierzu bestehen mehrere potentielle Erklärungen: erstens sind vor allem Intrusionen kennzeichnend für die klassische PTB-Symptomatik. Intrusionen (B-Kriterium) werden jedoch per SSS nicht erhoben (nur C- und D-Kriterien). Somit wurde möglicherweise ein Hauptbestandteil der klassischen PTB-Symptomatik in der vorliegenden Studie nicht erhoben, was zumindest mit-ursächlich für die nicht gefundenen Zusammenhänge mit der KPTBS sein könnte. Zweitens könnten die klassische PTBS und die Komplexe PTBS nach Maercker und Kollegen [35] als zwei distinkte und voneinander unabhängige Störungseinheiten aufgefasst werden, wobei eine KPTBS auch ohne vorliegende klassische PTBS diagnostiziert werden könnte. Die Komplexe PTBS würde somit nicht mit der klassischen PTBS überlappen, sondern wäre dieser gleichgestellt oder übergeordnet, sodass beide je eine separate Störungseinheit darstellten. Drittens könnte es sich um ein methodisches Artefakt handeln. Denn bei der Erfassung der klassischen PTBS wurden die Studienteilnehmenden angewiesen, sich bei der Beantwortung auf das subjektiv schlimmste Lebensereignis mit Trauma-Charakter und die anschliessende Zeit zu beziehen. Bei der Beantwortung des TSI hingegen

wurden sie angewiesen sich auf das Erleben der jeweiligen Symptome im vergangenen halben Jahr zu beziehen. Für diesen Erklärungsansatz sprachen auch die hohen Zusammenhänge zwischen dem CTQ-Score und beinahe allen TSI-Skalen, und der geringer ausfallende Zusammenhang zwischen dem CTQ-Score und der SSS. Möglicherweise wurden so zwei verschiedene Symptom-Sets erhoben, da der Bezug bei der Einschätzung der Items ein anderer war, was hinreichend für einen Zusammenhang zwischen klassischer und Komplexer PTBS wäre, jedoch nicht notwendig.

Die retrospektive Kriteriumsvalidität fiel hypothesengerecht aus, sprich: die TSI-Skalen korrelierten mit zeitlich früher erhobenen Kriterien, was im vorliegenden querschnittlichen Fall anhand der retrospektiv erhobenen Kindheitstraumatisierung zumindest theoretisch beansprucht werden kann. Insbesondere diejenigen TSI-Skalen, welche die klassische PTB-Symptomatik wiedergeben, fielen hierbei positiv auf. Die Ausprägung der TSI-Skalen liess sich somit theoretisch mit wenigen Ausnahmen durch die vorangegangene Kindheitstraumatisierung prädictieren.

Die beiden mittels Strukturgleichungsmodellen überprüften, theoretischen 3-Faktoren-Modelle von Briere [1] und Gambetti und Kollegen [2] konnten durch die vorliegenden Daten nicht hinreichend unterstützt werden. Tendenziell standen die Ergebnisse der vorliegenden Studie jedoch eher im Einklang mit der italienischen Validierung des TSI [2]. Dies, obgleich ein einzelner Werte (Pfad zwischen ängstlicher Erregung und posttraumatischem Stress) auffallend gering ausfiel. Als mögliche Erklärungen kommen methodische Besonderheiten oder auch eine skalenspezifische Nicht-Passung des Modells in Frage. Die adäquatere Passung der Daten zu einem theoretischen Modell aus dem europäischen Raum stützt die bereits erwähnte Beobachtung, dass die posttraumatische Symptomatik des US-Raumes andersartig auszufallen scheint als diejenige in Europa. Die zusätzlich durchgeführte

explorative Faktorenanalyse, welche zwei Faktoren ermittelte, stellt eine neue dritte Lösung nebst den beiden bereits beschriebenen dar. Vorläufig muss die faktorielle Validität des TSI als ungelöst beschrieben werden. Nach der vorliegenden Lösung wiesen die Daten tendenziell auf eine zweifaktorielle Lösung hin, bei der die klassische PTB-Symptomatik einen ersten und die Zusatzsymptomatik einen zweiten Faktor bildet.

Die insgesamt relativ hohen TSI-Werte innert dieser Stichprobe legen nahe, dass über die Lebensspanne hinweg das Erleben potentiell traumatischer Ereignisse in der Kindheit eine hohe und breite Symptombelastung im Alter evoziert und Beachtung bedarf. Es scheint, dass das TSI ein geeignetes Instrument darstellt um diese abzubilden.

Schliesslich sollen die Begrenzungen dieser Studie genannt werden. Erstens ist das Studiendesign querschnittlich, sprich: die Daten wurden nur zu einem Zeitpunkt erhoben. Somit sind kausale Aussagen, z.B. hinsichtlich retrospektiver Kriteriumsvalidität, nur begrenzt möglich. Zweitens weist die Studie eine eher kleine Stichprobe mit $N=116$ auf, was jedoch das Minimum von $N=100$, das für Strukturgleichungsmodelle postuliert wird, überschreitet [36]. Es ist möglich, dass die relativ geringe Grösse der Stichprobe die Modellpassungs-Kriterien der Strukturgleichungsmodelle negativ beeinflusst hat, insbesondere X^2 . Trotz intensiver Rekrutierungsbemühungen konnten jedoch keine weiteren ehemaligen Verding- und Heimkinder zur Studienteilnahme motiviert werden. Drittens beinhaltete diese Studie einerseits keine Kontrollgruppe, andererseits handelte es sich um eine relativ homogene Gruppe mit eingeschränkter Varianz, denn bei 82% konnte ein klinisch relevantes Ausmass an Kindheitstraumatisierung festgestellt werden. Jedoch haben frühere Studien Untergruppen gebildet, z.B. PTBS versus Nicht-PTBS und

Kindheitstraumatisierung versus keine Kindheitstraumatisierung, und dabei zufriedenstellende Diskriminationsfähigkeiten des TSI zeigen können [2, 17, 18].

Abschliessend soll auf eine kürzlich neu vorgelegte und revidierte Version des TSI hingewiesen werden [37], deren umfassende psychometrische Untersuchung allerdings auch in englischer Sprache noch aussteht. Drei Skalen wurden nebst mehreren Subskalen neu eingeführt (unsichere Bindung, somatische Beschwerden und Suizidalität). Insbesondere der Einbezug der Bindungsskala für den sozial-interpersonellen Bereich erscheint sinnvoll vor dem Hintergrund dessen, dass sozial-interpersonelle Faktoren zentral für das posttraumatische Geschehen sind [9, 38].

Fazit für die Praxis

Das Traumatic Stress Inventory (TSI) wurde von mehreren Autoren für die Erfassung der Komplexen PTBS empfohlen. Seine deutsche Übersetzung weist insgesamt eine gute Validität und Reliabilität auf. Drei vorgeschaltete Validierungsskalen weisen auf eine problematische TSI-Ausfüllung durch die Patienten hin. Das TSI ist in seiner vorliegenden Version noch kein Instrument, das Diagnosestellung einer Komplexen PTBS erlaubt, dafür ein anwendungsorientiertes, da es die komplexe Symptomatik auf mehreren klinisch wichtigen Dimensionen beschreibt. Das TSI ist ökonomisch, die Bearbeitungsdauer beträgt 20 Minuten, die Auswertungsdauer nimmt 10-15 Minuten in Anspruch.⁴

⁴ <http://www.johnbriere.com/tsi.htm>

Literaturverzeichnis

- 1 *Briere J*. Trauma Symptom Inventory. Professional Manual. Lutz FL: PAR; 1995
- 2 *Gambetti E, Bensi L, Nori R et al*. The trauma symptom inventory: Italian validation of an instrument for the assessment of post-traumatic symptoms. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2011; 20: 345-355
- 3 *Herman JL*. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992; 5: 377-390
- 4 *Maercker A*. Posttraumatische Belastungsstörungen. (4. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin; 2012
- 5 *Krammer S, Simmen-Janevska K, Maercker A*. Potentiell traumatische Kindheitserlebnisse und ihre psychischen Auswirkungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer; 2013
- 6 *Sack M*. Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*; 75: 451-459
- 7 *van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D et al*. Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005; 18: 389-399
- 8 *De Jong JTVM, Komproe IH, Spinazzola J et al*. DESNOS in three postconflict settings: assessing cross-cultural construct equivalence. *J Trauma Stress* 2005; 18: 13-21
- 9 *Morina N, Ford JD*. Complex sequelae of psychological trauma among kosovar civilian war victims. *Int J Soc Psychiatry* 2008; 54: 425-436
- 10 *Sack M, Hofmann A*. Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (IK PTBS). Hannover: unveröffentlicht. 2001
- 11 *Pelcovitz D, van der Kolk BA, Roth S et al*. Development of a criteria set and a structured interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *J Trauma Stress*

1997; 10: 3-16

- 12 *Maercker A. Psychologie der Extremlastungsstörung bei Opfern politischer Gewalt.* Berlin: Pabst; 1999
- 13 *Boroske-Leiner K, Hofmann A, Sack M.* Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I KPTBS). *Psychother Psych Med* 2008; 58: 192-199
- 14 *Elhai JD, Gray MJ, Kashdan TB et al.* Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: a survey of traumatic stress professionals. *J Trauma Stress* 2005; 18: 541-545
- 15 *Desrochers P.* Une validation de la version canadienne-française du Trauma Symptom Inventory (TSI) de Briere. Ottawa: Library and Archives Canada; 2010
- 16 *Briere J, Runtz M.* The Trauma Symptom Checklist (TSC-33): Early data on a new scale. *J Interpers Violence* 1989; 4: 151-163
- 17 *McDevitt-Murphy ME, Weathers FW, Adkins JW.* The use of the Trauma Symptom Inventory in the assessment of PTSD symptoms. *J Trauma Stress* 2005; 18: 63-67
- 18 *Runtz MG, Roche DN.* Validation of the Trauma Symptom Inventory in a Canadian Sample of university women. *Child Maltreat* 1999; 4: 69-80
- 19 *Elhai JD, Gray MJ, Naifeh JA et al.* Utility of the Trauma Symptom Inventory's Atypical Response Scale in detecting malingered post-traumatic stress disorder. *Assessment* 2005; 12: 210-219
- 20 *Maercker A, Simmen-Janevska K, Krammer S.* Psychische Folgestörungen der Verdingung. In: Heiniger K, Huonkert T, Jenzer S, et al., Hrsg. Sammelband Fremdplatzierung. Luzern: Pädagogische Hochschule Zentralschweiz; in Druck
- 21 *Bernstein DP, Fink L.* Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report questionnaire and manual. San Antonio TX: The Psychological Corporation; 1998

- 22 *Gast U, Rodewald F, Benecke HH et al.* Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire. Unveröffentlichtes Manuskript der Medizinischen Hochschule Hannover; 2001
- 23 *Wittchen HU, Pfister H.* Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen (DIAX). Frankfurt a. M.: Swets & Zeitlinger; 1997
- 24 *Breslau N, Peterson EL, Kessler RC, et al.* Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *AM J Psychiatry* 1999; 156: 908-911
- 25 *Siegrist P, Maercker A.* Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *Trauma & Gewalt* 2010; 3: 208-213
- 26 *Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37-49
- 27 *Gauggel S, Birkner B.* Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für klinische Psychologie* 1999; 28:18-27
- 28 *Ackenheil M, Stotz G, Dietz-Bauer R et al.* Mini International Neuropsychiatric Interview. German Version 5.0.0, DSM-IV. München: Psychiatrische Universitätsklinik München; 1999
- 29 *Bullinger M, Kirchberger I.* SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe; 1998
- 30 *Ware JE, Kosinski M, Keller SD.* A 12-item short-form health survey. *Medical Care* 1996; 34: 220-233
- 31 *Schnyder U, Moergeli H.* German version of Clinician-Administered PTSD scale. *J Trauma Stress* 2002; 15:487-492
- 32 *Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al.* Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-1060
- 33 *Maercker A, Forstmeier S, Wagner B et al.* Posttraumatische

Belastungsstörungen in Deutschland. *Nervenarzt* 2008; 79: 577-586

34 *Bühner M.* Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. (3. Aufl.).

München: Pearson Studium; 2011

35 Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Classification and definition of disorders specifically related to stress for ICD-11: Current proposals and implications.

Lancet (in Druck)

36 *Schumacker RE, Lomax RG.* A beginner's guide to structural equation modeling.

(3. Aufl.). New York: Routledge; 2010

37 *Briere J.* Trauma Symptom Inventory-2. Lutz FL: PAR; 2011

38 *Maercker A, Horn A.* A socio-interpersonal perspective of PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clin Psychol Psychother* 2012; doi: 10.1002/cpp.1805

Supplementary File 1

Verteilungsparameter von CTQ, SSS, GDS, MINI und SF12 (N = 116)

	Alle (N = 116)	Geschlecht		T/ χ^2
		Frauen (N = 47)	Männer (N = 69)	
CTQ, Summe, M (SD)	72.99 (19.60)	75.90 (19.61)	71.01 (19.49)	1.32
Emotionaler Missbrauch	14.73 (6.08)	15.76 (5.37)	14.03 (6.46)	1.51
Körperlicher Missbrauch	12.78 (6.81)	13.00 (6.27)	12.63 (7.20)	.29
Sexueller Missbrauch	9.60 (6.51)	11.58 (7.75)	8.26 (5.15)	2.58*
Emotionale Vernachläs.	20.64 (5.18)	20.77 (5.38)	20.56 (5.08)	.21
Körperliche Vernachläs.	15.23 (3.94)	14.79 (3.62)	15.54 (4.14)	-1.00
SSS: PTBS Diagn., N(%) ¹⁾	20 (26.32)	9 (29.03)	11 (24.44)	.20
SSS: PTBS Score, M(SD) ¹⁾	13.31 (5.36)	15.16 (5.26)	12.03 (5.11)	2.60*
MINI: Depression Diagn., N(%)	15 (12.9)	9 (19.1)	6 (8.7)	2.71
GDS: Depressivität Score, M(SD)	3.47 (3.50)	3.87 (3.56)	3.20 (3.45)	1.00
SF12, M(SD)				
Körperliche Gesundheit	42.46 (12.03)	39.47 (12.20)	44.49 (11.56)	-2.24*
Psychische Gesundheit	49.33 (10.37)	48.73 (11.22)	49.73 (9.81)	-.51

Bemerkungen: ¹⁾ Angaben zu PTBS beziehen sich nur auf diejenige Teilstichprobe, welche mind. ein subjektiv bedeutsames, potentiell traumatisches Ereignis berichtete (N = 76, N = 31 respektive N = 45). Signifikanzniveaus (zweiseitig): * p < 0.05, ** p < 0.01, *** < 0.001

Supplementary File 2

Charakteristika der Stichprobe (N = 116)

Charakteristika	Geschlecht			T/ χ^2
	Total (N = 116)	Frauen (N = 47)	Männer (N = 69)	
Alter (Jahre), M (SD)	77.03 (7.10)	75.77 (7.85)	77.88 (6.5)	-1.59
Bildung (Jahre), M (SD)	10.51 (2.85)	9.97 (2.74)	10.89 (2.9)	-1.72
Familienstand, N (%)				10.14*
ledig	7 (6.0)	4 (8.5)	3 (4.3)	
verheiratet	46 (39.7)	11 (23.4)	35 (50.7)	
geschieden/getrennt	28 (24.1)	12 (25.5)	16 (23.2)	
verwitwet	35 (30.2)	20 (42.6)	15 (21.7)	
Wohnsituation, N (%)				13.48**
allein	54 (46.6)	29 (61.7)	25 (36.2)	
mit Partner/Familie/WG	53 (45.7)	14 (29.8)	39 (56.5)	
Altersheim o.ä.	9 (7.8)	4 (8.5)	5 (7.2)	
Alter bei Beginn der potentiell traumatischen Erfahrungen, M (SD)	5.76 (4.43)	4.82 (4.31)	6.40 (4.4)	-1.91
Dauer der potentiell traumatischen Erfahrungen (Jahre), M (SD)	10.81 (5.20)	11.54 (4.66)	10.31 (5.5)	1.25
Bemerkungen: * p < 0.05, ** p < 0.01, *** < 0.001				

Supplementary File 3

Tabelle 5

Korrelationen erster Ordnung (Person) zwischen dem Trauma Symptom Inventory (TSI) und anderen Variablen (N =116)

	1 ¹⁾	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
2 Alter	.15	1																				
3 AE	-.07	-.14	1																			
4 DE	-.13	.03	.64***	1																		
5 WI	.10	-.16	.68***	.55***	1																	
6 IN	-.03	-.68***	.61***	.59***	.59***	1																
7 AV	-.08	-.20*	.54***	.57***	.45***	.65***	1															
8 DI	.10	-.06	.64***	.62***	.60***	.63***	.49***	1														
9 SB	.15	-.12	.28**	.31***	.37***	.15	.27**	.40***	1													
10 DY	.29**	-.13	.07	.05	.21*	.04	.15	.26**	.58***	1												
11 IS	-.00	-.14	.68***	.64***	.69***	.59***	.56***	.70***	.44***	.26**	1											
12 SV	.29**	-.07	.35***	.37***	.56***	.39***	.34***	.53***	.53***	.72***	.55***	1										
13 PTBS	-.29*	-.02	-.13	.02	-.21	-.04	-.05	-.14	.08	-.08	-.16	-.11	1									
14 GDS	-.10	-.08	.38***	.65***	.34***	.43***	.40***	.46***	.15	.05	.43***	.21*	.15	1								
15 CTQ	-.12	-.31***	.34***	.27**	.23*	.33***	.34***	.30***	.22*	-.02	.24**	.08	.27*	.16	1							
16 EM	-.14	-.23*	.33***	.19*	.24**	.32**	.34***	.34***	.09	-.04	.24*	.03	.15	.17	.81***	1						
17 KM	-.03	-.35***	.25**	.22*	.25**	.26**	.29**	.18	.20*	.06	.20*	.10	.14	.10	.76***	.58***	1					
18 SM	-.25**	-.18	.19*	.19*	.03	.18	.22*	.14	.17	-.12	.11	-.05	.30*	.09	.57***	.27**	.25**	1				
19 EV	-.02	-.19*	.22*	.15	.14	.15	.10	.16	.10	.03	.14	.08	.23*	.11	.68***	.49***	.34***	.16	1			
20 KV	.09	-.06	.12	.14	.10	.17	.18	.19*	.19*	.06	.13	.14	.08	.07	.08***	.37***	.29**	.11	.47***	1		
21 KG	.21*	-.12	-.01	-.15	-.07	-.21*	-.21*	-.09	.02	.07	-.05	-.04	-.09	-.30**	-.03	-.11	.08	-.04	-.02	-.05	1	
22 PG	.05	.04	-.31***	-.59***	-.30***	-.42***	-.39***	-.34***	-.16	-.01	-.42***	-.23*	.04	-.58***	-.15	-.08	-.15	-.15	-.05	-.04	.02	1

Bemerkungen: ¹⁾ 1 = Geschlecht; Nummer 3-12: TSI (AE = Ängstliche Vermeidung; DE = Depression; WI = Wut/Irritierbarkeit; IE = Intrusive Erfahrungen; AV = Abwehrende Vermeidung; DI = Dissoziation; SB = Sexuelle Besorgnis; DY = Dysfunktionales Sexualverhalten; IS = Inadäquate Selbstwahrnehmung; SV = Spannungsabbau-Verhalten); Nummer 13: PTBS = PTBS-Symptom-Score; Nummer 14: GDS = Geriatrische Depressionsskala; Nummer 15: CTQ = CTQ Score – Summenwert Kindheitstraumatisierung;

Nummer 16-20: CTQ (EM = Emotionaler Missbrauch; KM = Körperlicher Missbrauch; SM = Sexueller Missbrauch; EV = Emotionale Vernachlässigung; KV = Körperliche Vernachlässigung); KG = Körperliche Gesundheit; PG = Psychische Gesundheit

11.3 PUBLIKATION 3

Childhood trauma and complex PTSD in later life: the role of social-interpersonal factors

Sandy Krammer, Birgit Kleim, Keti Simmen-Janevska & Andreas Maercker

Abstract

Childhood traumatic events (CTE) may have a long-lasting effect and may contribute to complex posttraumatic stress disorder (CPTSD), but the underlying mechanisms are not well understood. The current study investigated the association between CTE and CPTSD in 116 elderly individuals and whether this association is mediated by social-interpersonal factors, such as social acknowledgment, dysfunctional disclosure, social support and perceived loneliness. Results show that traumatic events during childhood were indeed associated with later CPTS symptoms. Social acknowledgment and dysfunctional disclosure were important mediators of this relationship. These findings confirm that CTE may impact individuals across the life span and may be afflicted with adverse psychopathological consequences, such as complex CPTSD in later life. Social acknowledgement and dysfunctional disclosure are critical to processing CTE and may hamper successful adaptation following such events.

Introduction

Childhood traumatic events (CTE), such as physical or sexual abuse, may lie at the root of most long-term emotional and psychological maladjustment (Carlson, Furby, Armstrong, & Shlaes, 1997, p. 272). Multiple experiences of such CTE have been referred to as the “typical picture of childhood abuse” (Cloitre, Cohen, & Koenen, 2006, p. 4) and have been associated with a series of negative health outcomes, including physical and mental disorders (Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes, 2003). In accordance with these findings, a recent WHO World Mental Health survey concluded that childhood adversities, including child abuse and neglect, were associated with a series of disorders at all stages along life-time across countries (Kessler, McLaughlin, Greif Green, Gruber, Sampson, Zaslavsky et al., 2010). Moreover, a recent review emphasized that depression, anxiety, and PTSD were common in later life in those individuals with disadvantageous parent-child relationships (Weich, Patterson, Shaw, & Stewart-Brown, 2009).

Whilst most studies on long-term consequences after CTE have been directed at children, adolescents and adults, only few studies focused on elderly individuals who experienced traumatic stress during childhood. These studies suggest that traumatic stressors during childhood may take on long-term negative consequences that persist decades post-trauma (e.g. Maercker, Gäbler, O’Neil, Schützwohl, & Müller, 2013; Solomon & Mikulincer, 2006). One study showed that sixty years after World War II, 10.8% of these former German children still reported PTSD-related symptoms, which in turn were associated with further psychopathologies (Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger, & Ermann, 2007), and higher levels of anxiety, lower

levels of resilience and life satisfaction were discovered (Kuwert, Brähler, Glaesmer, Freyberger, & Decker, 2009).

A possible consequence of stressful and traumatic events during childhood may be the development and maintenance of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD; Herman, 1992), a complex symptom presentation including not only posttraumatic stress symptoms, but additional disturbances in affective and interpersonal self-regulating processes, namely anxiety, anger, dissociation, aggression, and social behavior (Cloitre, Stolbach, Herman, van der Kolk, Pynoos, Wang et al., 2009; Herman, 1992). CPTSD may arise following early, multiple or chronic traumatic events, e.g. ongoing sexual abuse during childhood (“type 2 traumatization”, Terr et al., 1989, 1991), and its symptoms may exceed “classic PTSD” symptoms (Briere & Rickards, 2007). Currently, CPTSD receives increased attention and may be included into the revised International Classification of Disease 11 (ICD) (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, van Ommeren et al., in press). To our knowledge, there is only sparse investigation into whether CTE in childhood leads to complex PTS symptoms in later life.

One potential mechanism, by which CTE may influence PTSD in later life, may be by social factors, i.e., by the way individuals exposed to CTE form social bonds throughout their life and as a consequence of CTE (Charuvastra & Cloitre, 2008, p. 302). Exposure to CTE may lead to withdrawal and seeking less social support and being less forthcoming in disclosing the event, which may, in turn, lead to the development and maintenance of PTSD symptoms. This may be due to a negative social loss spiral, as postulated by the resource loss model by Cloitre and colleagues (2006), whereby traumatic stress during childhood promotes resource loss, which in turn promotes even further resource losses, similar to Hobfoll’s (1989) theory on the conservation of resources. In line with this, Maercker and Horn (2012) highlighted a

social perspective as crucial for posttraumatic adjustment and put forward a socio-interpersonal context model. These authors propose several social-interpersonal factors important for posttraumatic adjustment, e.g. social acknowledgment and dysfunctional disclosure. Previous studies support the importance of such factors for the development and maintenance of PTSD (e.g. Müller, Forstmeier, Wagner & Maercker, 2011; Nietlisbach & Maercker, 2009). Social acknowledgment, social support and dysfunctional disclosure are indeed established predictors for posttraumatic outcomes (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Maercker, 2009; Maercker & Horn, 2012). Two further social-interpersonal factors may play a key role for adjustment to trauma, namely, forgiveness and loneliness. Previous studies largely support the relevance of these factors in the evolution of psychopathology (e.g. Heinrich & Gullone, 2006; Krammer, Fankhauser, Günter, Gäbler, Schützwohl & Maercker, submitted).

Forgiveness is defined as a process of ceasing any kind of anger resulting from an offense (Brown, 2003). In the context of trauma, it may thus play a central role for intra- and interpersonal processing of traumatic experiences and may act as adaptive adjustment strategy (Baumeister, Exline, & Sommer, 1999). Being unable to forgive, on the other hand, has consistently been associated with PTSD in the context of childhood abuse (Snyder & Heinze, 2005), and higher PTSD symptom severity and depression in adults (Witvliet, Phipps, Feldman, & Beckham, 2004). Forgiveness is likely to interact with other trauma-specific social-interpersonal factors, such as social acknowledgment and dysfunctional disclosure, factors that are, in turn, associated with PTS symptoms (Krammer et al., submitted).

Loneliness is an “internal emotional state “ (Asher & Paquette, 2003, p. 75), that is often described by feeling apart from others (Copel, 1988), with a discrepancy between desired and actual social contacts (Peplau & Perlman, 2000). This need to

belong was described by Baumeister and Leary (1995, p. 497) as “powerful, fundamental, and extremely pervasive motivation”. If this motivation is unmet, negative effects on health may be caused (Seeman, 2000). Accordingly, loneliness has been associated with anxiety (Mijuskovic, 1986), and both full and subthreshold PTSD (van Zelst, de Beurs, Beekman, van Dyck, & Deeg, 2006). In a recent longitudinal study, loneliness during childhood predicted depressive symptoms in adulthood (Qualter, Brown, Munn, & Rotenberg, 2010).

Taken together, there is support for the role of social-interpersonal factors in the evolution of posttraumatic symptomatology, although few studies have investigated social-interpersonal factors, such as social acknowledgement, forgiveness, and loneliness in the context of childhood traumatic stress and complex PTSD in later life. The present study sought to investigate (1) the association between CTE and later CPTSD in elderly individuals exposed to CTE, and (2) whether this association is mediated by candidate social-interpersonal factors.

Methods

Participants

One-hundred and sixteen older adults (40.5% women) from the Swiss-German part of Switzerland participated in this study, with an age range from 59-98 years ($M = 77.0$, $SD = 7.1$). This non-clinical sample was part of a larger project on long-term effects after childhood traumatic events during childhood. Inclusion criterion was a history of indentured child labor ($N = 50$; “Verdingung”) or foster care ($N = 5$) or both ($N = 45$) during childhood.

“Verdingung” was a Swiss phenomenon that lasted until the 1960s.

“Verdingchildren” were given away for various reasons to farmers, where they had to

endure harsh physical labor and were often exposed to physical and sexual trauma (Leuenberger & Seglias, 2008). The vast majority of the present sample did indeed report exposure to CTE.

On average, participants reported 10.8 years duration of their traumatic events during childhood (range: 1-26 years, $SD = 5.2$). The age of onset of these traumatic experiences, i.e., the commencement of Verdingung or foster care, was 5.8 years (range: 0-16 years, $SD = 4.4$). Participants reported 10.5 years of education on average. Almost 40% were married at the time of assessment, 46.6% were living alone, 45.7% with a partner or a friend, and 7.8% within a senior residency home. There were significant sex differences with reference to marital status (more married men than women, more widowed women than men) and living situation (more men than women living with someone), but none concerning age, years of education, age at beginning and duration of traumatic events.

Procedure

Prior to participating in the study, each participant provided written informed consent. Participants filled in questionnaires and completed interviews either at the Department of Psychopathology at the University of Zurich, or at participants home.

Measures

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Traumatic events during childhood were measured using the self-report CTQ, which assesses emotional, physical, and sexual abuse as well as emotional and physical neglect (Bernstein & Fink, 1998; Gast, Rodewald, Benecke, & Driessen, 2001). These 25 items build five subscales, which can be summed to a score reflecting the frequency of CTE. In the present study the score was used. Within this sample, Cronbach α measured .89 for the score.

Traumatic Stress Inventory (TSI). Long-term effects can be measured using the TSI, which assesses the spectrum of symptoms attributed to the disorder concept of complex PTSD (100 items) – anxious arousal (AA), depression (DE), anger/irritability (AI), intrusive experiences (IE), defensive avoidance (DA), dissociation (DI), sexual concerns (SC), dysfunctional sexual behavior (DSB), impaired self-reference (ISR), and tension reduction behavior (TRB) (Briere, 1995; Krammer et al., in press). Each of this scale was analyzed independently, as the formation of a score is not intended within the TSI. Cronbach α measures for the subscales were all above .72.

Social Acknowledgment Questionnaire (SAQ). The SAQ assesses the amount of social acknowledgment as a victim experienced by 16 items (Maercker & Müller, 2004). The present study reports the average score. Internal consistency in the present sample was good, Cronbach α = .73.

Dysfunctional Disclosure Questionnaire (DTQ). The DTQ follows the findings that recovery from traumatic events may depend on the way the traumatic experience is communicated (Müller, Beauducel, Raschka, & Maercker, 2000). A short form with twelve items was administered in this study. A mean score was used in the present study, with very good internal consistency, Cronbach α = .84.

ENRICHD Social Support Inventory (ESSI). This instrument measures perceived emotional social support by building a score (Kendel, Spaderna, Sieverding, Dunkel, Lehmkuhl, Hetzer et al., 2011; Mitchell, Powell, Blumenthal, Norton, Ironson, Rogers Pitula et al., 2003). It includes five items. Within this study, Cronbach α measured .91.

Forgiveness (Values in Action Inventory (VIA-IS), Subscale Forgiveness). Only the subscale 'forgiveness' with ten items was abstracted from the VIA-IS and used as

measurement for forgiveness and mercy (Peterson & Seligman, 2006). A score is intended to be built. Cronbach α in the present study was .84.

Perceived loneliness. This was assessed by one item extracted from the UCLA Loneliness Scale (Russel, Peplau & Ferguson, 1978). This item was among those items with the highest loadings on the factor loneliness ($h^2 = .60$) within a study on the German translation of this scale (Döring & Bortz, 1993).

Data Analyses

First, we investigated the association between childhood traumatic stress and CPTSD descriptors (10 subscales: anxious arousal, depression, anger/irritability, intrusive experiences, defensive avoidance, dissociation, sexual concerns, dysfunctional sexual behavior, impaired self-reference, tension reduction behavior) using bivariate correlations. Second, regression analyses were employed in order to test for potential mediators of these direct effects. Prerequisites for such a mediational model according to Baron and Kenny (1986) are: significant correlations between the independent variable and the mediator (path a), between the mediator and the dependent variable (path b) and between the independent variable and the dependent variable (unmediated: path c; mediated: path c'). Social-interpersonal variables were postulated as mediators. Age, sex, and years of education were controlled for. All analyses were conducted by SPSS 19.0. Figure 1 presents a graphical depiction of the mediational model investigated.

Missing values were substituted by mean scores, if less than 33% items of the scale were missing. In the case of more than 33% missing items within a scale, the scale was omitted from analysis.

Results

CTE exposure and later complex PTSD

As expected, CTE exposure was significantly and moderately associated with most of the ten CPTSD symptom descriptors, namely anxious arousal ($r = .38$; $p < .001$), depression ($r = .27$; $p = .004$), anger/irritability ($r = .23$; $p = .013$), intrusive experiences ($r = .33$; $p < .001$), defensive avoidance ($r = .34$; $p < .001$), dissociation ($r = .30$; $p = .001$), sexual concerns ($r = .22$; $p = .018$), and impaired self-reference ($r = .24$; $p = .009$), but not with dysfunctional sexual behavior and tension reduction behavior. The latter two CPTSD subscales were thus omitted from further mediational testing.

Social-interpersonal factors as mediators of the association between CTE and complex PTSD

Further analyses were conducted in accord with Baron and Kenny (1986) where significant associations between CTE, CPTSD, and social-interpersonal factors were found, see Figure 1. That is, the CTE was significantly correlated with social acknowledgment (SAQ mean; $r = -.30$; $p = .001$; path a_1) and dysfunctional disclosure (DTQ mean; $r = .25$; $p < .008$; path a_2), but not with social support, perceived loneliness, and forgiveness (paths a_{3-5}). Referring to path b_{1-5} , both SAQ and DTQ (paths b_1 and b_2) were significantly correlated with almost all TSI scales, with exception of sexual concerns and dysfunctional sexual behavior. Social support (path b_3) was significantly correlated with anxious arousal, intrusive experiences, dissociation, impaired self-reference (all r 's $\geq -.22$; $p \leq .018$, respectively), depression, and defensive avoidance (both r 's $\geq -.37$; $p < .001$, respectively). Forgiveness (path b_4) was only significantly correlated with anger/irritability ($r = -.27$; $p = .004$), defensive avoidance, and dysfunctional sexual behavior (both r 's $\geq -.20$; p

$\leq .031$, respectively). Loneliness (path b_5) was significantly correlated with anxious arousal ($r = .28$; $p = .002$), depression, anger/irritability, intrusive experiences, defensive avoidance, dissociation, and impaired self-reference (all r 's $\geq .32$; $p < .001$, respectively).

Based on these preliminary analyses, social support, forgiveness, and loneliness were not investigated further as mediators of the association between CTE and CPTSD.

In a next step, two mediational models were analyzed: social acknowledgment (mediator 1) and dysfunctional disclosure (mediator 2), respectively, as mediators between CTE and anxious arousal, depression, anger/irritability, intrusive experiences, defensive avoidance, dissociation, and impaired self-reference (Table 1).

Results provide evidence for partially mediational effects of the association between CTE and depression, anger/irritability and impaired self-reference by social acknowledgment and dysfunctional disclosure, respectively. Path c' turned non-significant or its significance decreased after insertion of these two mediators in 12 out of 14 mediational tests, as depicted in Table 1.

Table 1

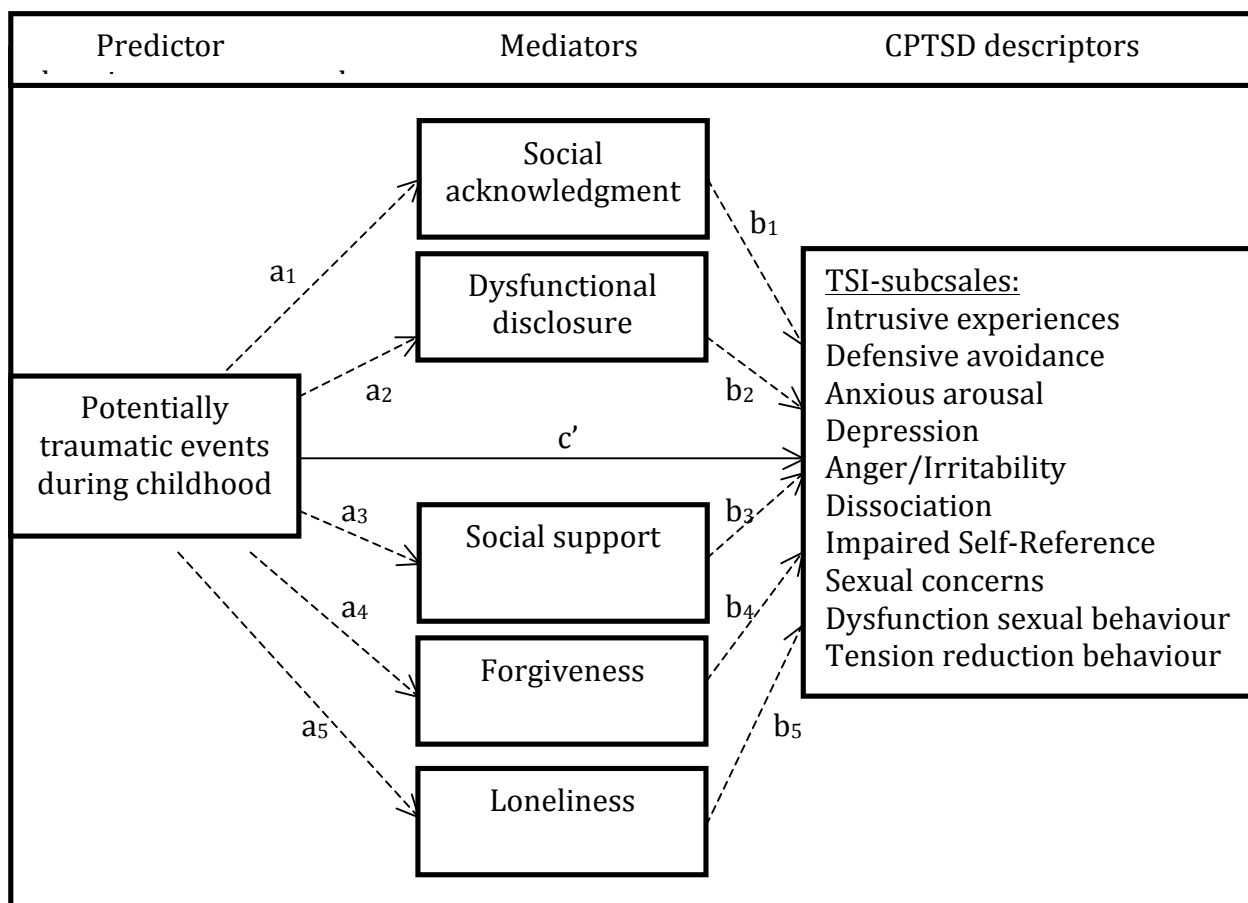
Summary of regression analyses for SAQ and DTQ mediating the relationship between CTQ and TSI (N = 116)

TSI	Unmediated predictions									Mediated predictions					
	Childhood Trauma (CTQ)			Social Acknow- ledgement (SAQ)			Dysfunctional disclosure (DTQ)			SAQ as mediator Path c'/b ₁			DTQ as mediator Path c'/b ₂		
	Path c			Path b ₁			Path b ₂								
	β	F	R^2	β	F	R^2	β	F	R^2	β	F	R^2	β	F	R^2
AA	.32***	3.61**	.09	-.20*	1.73	.03	.38***	5.15***	.13	.28* / -.12	3.04*	.08	.24** / .32***	5.72***	.17
DE	.28**	3.04*	.07	-.30**	3.54**	.08	.54***	12.47***	.29	.19 / -.25*	3.64**	.11	.16 / .51***	10.87***	.31
AI	.22*	2.49*	.05	-.32***	4.29**	.11	.25**	2.96*	.07	.17 / -.27**	4.06**	.12	.17 / .21*	3.00*	.08
IE	.33***	3.24*	.07	-.24*	1.82	.03	.47***	7.63***	.19	.27** / -.16	3.03*	.08	.22* / .42***	7.62***	.23
DA	.30**	4.35**	.11	-.35***	5.79***	.15	.48***	10.36***	.25	.21* / -.30**	5.76***	.18	.19* / .43***	9.59***	.28
DIS	.33***	3.57**	.08	-.31***	3.36*	.08	.40***	5.87***	.15	.22* / -.25**	3.81**	.11	.24* / .35***	6.31***	.19
ISR	.23*	1.87	.03	-.32***	3.51**	.08	.36***	4.52**	.11	.17 / -.28**	3.40**	.10	.15 / .33***	4.12**	.12

Note. TSI = Trauma Symptom Inventory (Complex PTSD descriptors). CTQ = Childhood Trauma Questionnaire (score of potentially traumatic events during childhood). SAQ = Social Acknowledgment Questionnaire. DTQ = Disclosure of Trauma Questionnaire. Age, gender, and years of education were controlled for in every analysis. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Figure 1

Graphic representation of the multiple mediation model, whereby childhood traumatic events predict complex PTSD via five social-interpersonal factors



Discussion

This study had two aims: first, to test whether there are direct effects between potentially traumatic events during childhood and complex PTS symptoms in later life, and second, to examine specific and theoretically based mechanisms underlying this effect. We tested five social-interpersonal factors, namely social acknowledgment, dysfunctional disclosure, general social support, forgiveness, perceived loneliness, as mediators of the effect. These proposed associations were based on the assumption that over the lifespan, traumatic events during childhood

may set up and maintain maladaptive paths leading to negative long-term consequences in later life. Furthermore, it was hypothesized that candidate social-interpersonal factors may play a central role in these posttraumatic adjustment processes, (see Maercker & Horn, 2012). To our knowledge, this is the first study investigating complex PTSD in later life after traumatic childhood events with focus on social-interpersonal mediators.

The main finding of this study was that potentially traumatic events during childhood were indeed associated with a series of complex PTS symptoms in later life. This effect was evident in eight out of ten complex PTSD symptom clusters, namely anxious arousal, depression, anger/irritability, intrusive experiences, defensive avoidance, dissociation, sexual concerns, and impaired self-reference. These results are in line with previous findings on long-term consequences following early traumatic stress. These studies showed that traumatic events during childhood (e.g. childhood evacuation during World War II, war childhood during World War II in Germany, temporary separation from parents during childhood) were associated with negative long-term outcomes, such as PTSD-related symptoms, anxiety, lower levels of resilience and life satisfaction, insecure attachment styles, lower psychological well-being, and higher risks of mental disorders during life course in general (Foster et al., 2003; Kuwert et al., 2007; Kuwert et al., 2009; Räikkönen, Lahti, Heinonen, Pesonen, Wahlbeck, Kajantie et al., 2011; Rusby & Tasker, 2009). Taken together, these results show long-term effects of traumatic childhood events and support the chronicity and perseverance of a wide range of maladaptive processes. Results from the present study confirm the potential maladaptive nature of exposure to such traumatic events in early life that was still present in our assessment more than half a century later. This is in support of current endeavors to include complex PTSD in revised versions of the diagnostic manuals, such as ICD-11 (Maercker, 2012).

No direct effect was found, however, of CTE on dysfunctional sexual and tension reduction behavior. This may be due to a possible floor effect, as participants in our study generally scored low on the respective subscales. The amount of missing values was also higher for these scales, possibly as many participants, particular female participants, did not want to disclose this information or considered the respective items as not applicable or inappropriate. The latter point is in accord with a previous account in an elderly German-speaking population (Beutel, Stöbel-Richter, Daig & Brähler, 2008).

Five social-interpersonal factors were postulated as mediators of the relationship between traumatic events during childhood and complex PTS symptoms. We found that social acknowledgment and dysfunctional disclosure were significant mediators of this relationship. Both partially mediated the association between traumatic events during childhood and depression, anger/irritability, and impaired self-reference in later life, respectively. This is in agreement with previous studies pointing to the central role of these two social-interpersonal factors for posttraumatic adjustment and points to specific pathways underlying this association (Krammer et al., submitted; Maercker, Mohiyeddini, Mueller, Xie, Yang, Wang et al., 2009; Müller et al., 2011). That is, dysfunctional disclosure acts as mediator between social acknowledgment and posttraumatic stress symptoms.

Besides social acknowledgment and dysfunctional disclosure, three further indices of social well-being were investigated: social support, forgiveness and loneliness. Social support was associated with most of the complex PTS symptoms. This substantiates its importance for posttraumatic adjustment, as pointed out earlier (Brewin et al., 2000; Charuvastra & Cloitre, 2008). Unlike the more trauma-specific social-interpersonal factors, i.e., social acknowledgement and dysfunctional disclosure of CTE, these were not significantly associated with CTE. They may

nevertheless act as moderators of the mediated effects we report, although we did not test this in the present study, or be correlated with social acknowledgement and dysfunctional disclosure (Maercker & Müller, 2004).

Loneliness was associated with complex PTS symptoms and may thus be central for the evolution and maintenance of complex posttraumatic processes. Forgiveness was only associated with three out of ten complex PTS symptoms, anger/irritability, defensive avoidance and dysfunctional sexual behavior. Variables such as anger, in turn, (Andrews, Brewin, Rose, & Kirk, 2000) and hostility (Zlotnick, Zakriski, Shea, Costello, Begin, Pearlstein et al., 1996) were associated with PTSD in other studies and have been suggested as targets in therapeutic interventions (e.g. Wei-Fen, Enright, Krahn, & Baskin, 2004). Interestingly, forgiveness was associated with less complex PTS symptom clusters than the other four social-interpersonal factors, suggesting potential specificity to certain symptoms, i.e., anger/irritability, defensive avoidance, and dysfunctional sexual behavior. We note, however, that we assessed forgiveness with reference to forgiving others. Previous research showed, however, that forgiveness for self and situations may be more strongly associated with PTSD. Survivors of traumatic events during childhood tended to blame themselves following the event and this was more strongly associated with PTS symptoms, hence highlighting the importance of forgiving oneself in addition to forgiving others (Snyder & Heinze, 2005).

In other words, traumatic childhood events act on the development of social-interpersonal factors. Within these factors, some, such as general social support, forgiveness and loneliness, which may be described as less trauma-specific, act on more trauma-specific factors, such as social acknowledgment and dysfunctional disclosure. Social-interpersonal factors in turn act on complex posttraumatic symptoms, whereby trauma specific more directly than trauma non-specific factors.

This was the first study that transferred socio-interpersonal variables derived from a theoretical model (Maercker & Horn, 2012), originally developed in the context of “classic” PTSD, to complex PTSD and showed that these variables, i.e., social acknowledgement and dysfunctional disclosure, were predictors of later CPTSD. The study investigated two further socio-interpersonal factors in the context of CPTSD in the elderly, namely forgiveness and the perceived loneliness. Although these factors did not turn out to be significant mediators in our model, they were highly predictive of CPTSD hence supporting their theoretical and clinical significance.

The current study is not without limitations. First, this study employed a cross-sectional design and thus precludes true causal explanations. Second, this study did not recruit a control group. Third, the sample was relatively homogenous regarding the amount of potentially traumatic events during childhood. Fourth, this study disregarded traumatic events or other stressors and events that may occurred between childhood and the time present. Such effects may have contributed to the direct and mediational effects we report here. Finally, some scales comprised few or single items, such as the loneliness scale and future studies should replicate such assessments with extended scales. Moreover, with respect to childhood traumatic events, we did not index duration and age of onset of these events, which may be crucial and should be included in further studies.

Despite these limitations, the present study has a number of important strengths. To the best of our knowledge, this is amongst the first study to investigate the association of CTE and later complex PTSD in later life, and to include social-interpersonal factors as mediators of this effect. We recruited a rather large sample of former child laborers of old to very old age. The current results highlight the importance of social-interpersonal factors, such as social acknowledgement and

dysfunctional disclosure following CTE and their possible mechanistic relevance for long-term adjustment to such events. Our study is a first step into an important area of research and future studies should investigate further causal paths to complex PTSD in the elderly. Such studies do not only offer explanations for long long-term maladjustment in such individuals (e.g. Miller, Chen, & Parker, 2011), but offer implications with respect to intervention and treatment strategies in elderly population exposed to trauma in their early life.

References

- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 69-73.
- Asher, S. R., & Paquette, J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science, 12*, 75-78.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.
- Baumeister, R. F., Exline, J. J., & Sommer, K. L. (1999). The victim role, grudge theory, and two dimensions of forgiveness. In: E. L. Worthington Jr. (Ed.), *Dimensions of forgiveness. Psychological research & theological perspectives* (pp. 79-104). Radnor: Templeton Foundation.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*(3), 497-529.

- Bernstein, D. P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report questionnaire and manual*. San Antonio TX: The Psychological Corporation.
- Beutel, M., Stöbel-Richter, Y., Daig, I. & Brähler, E. (2008). Sexuelles Verlangen und sexuelle Aktivität von Männern und Frauen über die Lebensspanne – Ergebnisse einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsumfrage. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 5(4), 203-211.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors of posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113(1), 82-98.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory. Professional Manual*. Lutz: PAR.
- Briere, J. & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness. Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 195, 497-503.
- Brown, R. P. (2003). Measuring individual differences in the tendency to forgive: construct validity and links with depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(6), 759-771.
- Carlson, E. B., Furby, L., Armstrong, J., & Shlaes, J. (1997). A conceptual framework for the long-term psychological effects of traumatic childhood abuse. *Childhood Maltreatment*, 2(3), 272-295.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301-328.

- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse. Psychotherapy for the interrupted life*. New York: Guilford.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 399-408.
- Copel, L. C. (1988). Loneliness. A conceptual model. *Journal of psychosocial nursing and mental health services, 26*(1), 14-19.
- Döring, N. & Bortz, J. (1993). Psychometrische Einsamkeitsforschung: Deutsche Neukonstruktion der UCLA Loneliness Scale. *Diagnostica, 3*, 224-239.
- Foster, D., Davies, S., & Steele, H. (2003). The evacuation of British children during World War II: a preliminary investigation into the long-term psychological effects. *Aging & Mental Health, 7*(5), 398-408.
- Gast, U., Rodewald, F., Benecke, H.-H., & Driessen, M. (2001). *Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire (unautorisiert)*. Unveröffentlichtes Manuskript: Medizinische Hochschule Hannover.
- Hardt, J. & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(2), 260-273.
- Heinrich, L. M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review, 26*, 695-718.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-390.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, 513-524.

- Kendel, F., Spaderna, H., Sieverding, M., Dunkel, A., Lehmkuhl, E., Hetzer, R. et al. (2011). Eine deutsche Adaptation des ENRICH Social Support Inventory (ESSI). *Diagnostica*, 57(2), 99-106.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 378-385. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499
- Krammer, S., Fankhauser, S., Günter, C., Gäbler, I., Schützwohl, M., & Maercker, A. (submitted). Sozial-interpersonelle Faktoren als Prädiktoren von PTB-Symptomgruppen bei ehemals politisch Inhaftierten. Trauma und Gewalt.
- Krammer, S., Simmen-Janevska, K., & Maercker, A. (in press). In Richtung Komplexe PTBS: teststatistische Überprüfung der deutschen Version des Trauma Symptom Inventory (TSI). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J., & Ermann, M. (2007). Sixty years later: post traumatic stress symptoms and current psychopathology in former German children of World War II. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 955-961.
- Kuwert, P., Brähler, E., Glaesmer, H., Freyberger, H. J., & Decker, O. (2009). Impact of forced displacement during World War II on the present-day mental health of the elderly: a population-based study. *International Psychogeriatrics*, 21(4), 748-753.
- Leuenberger, M. & Seglias, L. (2008). *Versorgt und vergessen: Ehemalige Verdingkinder erzählen*. Zürich: Rotpunkt.
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3rd ed.). Heidelberg: Springer.

- Maercker, A. (2012). AS13-03 – Trauma- and stress-related disorders: developments for ICD 11. *European Psychiatry*, 27, 1. Doi: 10.1016/s0924-9338(12)73990-1
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M. et al. (in press). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*.
- Maercker, A., Gäbler, I., O'Neil, J., Schützwohl, M., & Müller, M. (2013). Long-term trajectories of PTSD or resilience in former East German political prisoners. *Torture: Journal of Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*. Ahead of press.
- Maercker, A. & Horn, A. B. (2012). A socio-interpersonal perspective on PTSD: the case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, doi: 10.1002/cpp.1805
- Maercker, A., Mohiyeddini, C., Müller, M., Xie, W., Yang, Z. H., Wang, J., & Müller, J. (2009a). Traditional versus modern values, self-perceived interpersonal factors, and posttraumatic stress in Chinese and German victims. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 82, 219-232.
- Maercker, A. & Müller, J. (2004). Social acknowledgment as a victim or survivor: a scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 345-351.
- Miller, G. E., Chen, E., & Parker, K. J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioural and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959-997.
- Mijuskovic, B. (1986). Loneliness, anxiety, hostility, and communication. *Child Study Journal*, 16, 227-240.

- Mitchell, P. H., Powell, L., Blumenthal, J., Ironson, G., Rogers Pitula, C., Sivarajan Froehlicher, E. et al. (2003). A social support measure for patients recovering from myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23, 398-403.
- Müller, J., Beauducel, A., Raschka, J., & Maercker, A. (2000). Kommunikationsverhalten nach politischer Haft in der DDR. Entwicklung eines Fragebogens zum Offenlegen der Traumaerfahrungen. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8(4), 413-427.
- Müller, M., Forstmeier, S., Wagner, B., & Maercker, A. (2011). Traditional versus modern values and interpersonal factors predicting stress response syndromes in a Swiss elderly population. *Psychology, Health & Medicine*, 16(6), 631-640.
- Nietlisbach, G. & Maercker, A. (2009). Effects of social exclusion in trauma survivors with posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma*, 1, 323-331.
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (2000). *Loneliness. A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: Wiley Interscience.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2006). *Values in Action (VIA) classification of strengths*. Washington DC: American Psychological Association.
- Qualter, P., Brown, S., Munn, P., & Rotenberg, K. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(6), 493-501.
- Räikkönen, K., Lahti, M., Heinonen, K., Pesonen, A.-K., Wahlbeck, K., Kajantie, E. et al. (2011). Risk of severe mental disorders in adults separated temporarily from their parents in childhood: The Helsinki birth cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 332-338.

- Rusby, J. S. M. & Tasker, F. (2009). Long-term effects of the British evacuation of children during World War 2 on their adult mental health. *Aging & Mental Health*, 13(3), 391-404.
- Russell, D , Peplau, L. A.. & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14, 362-370.
- Snyder, C. R. & Heinze, L. S. (2005). Forgiveness as a mediator of the relationship between PTSD and hostility in survivors of childhood abuse. *Cognition and Emotion*, 19(3), 413-431.
- Solomon, Z. & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 659-666.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2003). The long-term health outcomes of childhood abuse. An overview and a call to action. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 864-870.
- Terr, L. C. (1989). Treating psychic trauma in children. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 3-20.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Van Zelst, W. H., de Beurs, E., Beekman, A. T. F., van Dyck, R., & Deeg, D. D. H. (2006). Well-being, physical functioning, and use of health services in the elderly with PTSD and subthreshold PTSD. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 180-188.
- Wei-Fen, L., Mack, D., Enright, R. D., Krahn, D., & Baskin, T. W. (2004). Effects of forgiveness therapy on anger, mood, and vulnerability to substance use

among inpatient substance-dependent clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1114-1121.

Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 392-398.

Witvliet, C. V. O., Phipps, K. A., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2004). Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 269-273.

Zlotnick, C., Zakriski, Z., Shea, T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., & Simpson, E. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: support for a Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 195-205.